13
De rol van zorgverzekeraars

Aan de orde is het **debat** over **de weigering van zorgverzekeraars om de regioplannen Spoedeisende Hulp openbaar te maken en over de regierol van de zorgverzekeraars in het zorgstelsel**.

De **voorzitter**:
Ik heet de minister, haar ambtenaren, de mensen die nog zijn overgebleven op de tribune en de mensen die meekijken van harte welkom. We hebben een flink aantal sprekers: negen in totaal. Ik verzoek de leden het zo beknopt mogelijk te houden, ook in interrupties. Ik geef als eerste het woord aan mevrouw Leijten van de fractie van de SP.

☐

Mevrouw **Leijten** (SP):
Voorzitter. Afgelopen maandag mocht ik een dagdienst op de ambulance meemaken. Ik kan zeggen dat dat zeer indrukwekkend is. Je maakt wat mee en dat is niet te voorspellen. Wat ik vooral indrukwekkend vond, waren de professionaliteit die vooropstaat en de kwaliteit die geleverd wordt. Het is echt indrukwekkend.

Wat horen we echter van zorgverzekeraars? De kwaliteit is niet op orde, dus spoedeisende hulpen moeten beperkt worden. Eigenlijk vindt de minister dat ook. De plannen die de zorgverzekeraars daarvoor in de regio's maken, hoeven niet openbaar gemaakt te worden. Daarin is de minister niet geïnteresseerd. Ze heeft er alle vertrouwen in dat de zorgverzekeraars dit goed doen.

Toch heb ik hier een aantal vragen over. Waar moeten er nou precies spoedeisende hulpen verdwijnen? Welke gevolgen heeft dat, ook voor de aanrijtijden? Ik heb op een rit gezeten waarbij we echt de klinkers uit de straat reden. Ik kan zeggen dat dat ook gevolgen heeft voor de veiligheid van ander verkeer. De vraag is wat er gaat gebeuren als er meer spoedeisende hulpen dichtgaan. Zou het niet een goed idee zijn als de minister ervoor zorgt dat de plannen die gemaakt worden voor het verdunnen van de spoedeisende hulp, zoals dat heet, gewoon openbaar gemaakt worden?

Zorgverzekeraars hebben de regie en krijgen steeds meer regie. Ze mogen ziekenhuizen omleggen door ze niet meer te contracteren of door te eisen dat een volwaardig ziekenhuis een anderhalvelijns-centrum wordt. Ze kunnen vrijgevestigde psychiaters uitknijpen omdat een budgetplafond is bereikt. Ergotherapeuten en huisartsen kunnen ze opzadelen met gekmakende bureaucratie, alsof deze mensen niet gewoon geleerd hebben voor hun vak. Ze mogen in de zorg hun goddelijke gang gaan. En de toezichthouder kijkt weg en is met zichzelf bezig.

Dinsdag kraaide de minister van vreugde over een rapport waarin stond dat Nederlandse zorg de beste zou zijn van Europa. Je kunt heel veel zeggen over dat rapport en over de totstandkoming ervan, maar er zijn ook veel andere rapporten. Zou de minister ook willen reageren op het rapport van het Japanse bureau Numbeo waaruit blijkt dat de zorg in het Verenigd Koninkrijk de beste is van Europa en waarin Nederland op de zeventiende plaats in Europa staat? Zou ze ook willen reageren op het ernstige cijfer uit het International Health Policy Survey, waaruit blijkt dat 22% van de Nederlanders zorg mijdt vanwege te hoge kosten? Dit onderzoeksrapport heeft de Kamer overigens nooit bereikt, terwijl het wel in opdracht van het ministerie is opgesteld. Hoe kan dat, vraag ik de minister.

Wat vindt de minister er nu van dat huisartsen niet samen mogen optrekken als zorgverzekeraars met "tekenen rechtsonder graag"-contracten komen en hun ononderhandelbare contracten voorleggen? Wanneer gaat de minister de vier grote zorgverzekeraars aanspreken op het feit dat zij de markt verdelen en een kritische branchegenoot — in dit geval is dat DSW — het werken onmogelijk maken, en die partij buitensluiten van informatie omdat zij kritisch is? Wat vindt de minister ervan dat Zorgverzekeraars Nederland dat doet met een van de leden?

Volgens mij hebben honderdduizenden mensen een budgetpolis. Wat vindt de minister er nu van dat mensen die zo'n polis hebben bij de grootste zorgverzekeraar van het land, niet naar het gespecialiseerde kankercentrum in Nederland mogen omdat hun zorgverzekeraar daarmee geen contract heeft afgesloten? Diezelfde zorgverzekeraar kan overigens wel meedoen aan het verspillende circus waarmee verzekerden worden gelokt. Er wordt jaarlijks 500 miljoen over de markt gesmeten voor reclame, sponsering en lokkertjes. Is dit nou werkelijk waar de minister zo trots op is? Is zij bereid om dat omkopen van verzekerden, ook richting budgetpolissen, te stoppen?

Wat de SP betreft is de oplossing helder. Geef niet de zorgverzekeraars de regierol in de zorg, maar neem die zelf. Zorg dat de zorgverzekeringspremie inkomensafhankelijk is en dat er een landelijke zorgvoorziening is die de contracten sluit met zorgaanbieders in het land. Die hebben dan niet met zeven verschillende partijen te maken waarmee ze moeten onderhandelen, maar met een. Dat scheelt veel bureaucratie en veel overstapgeld. Daarmee kunnen we zuinige en zinnige zorg organiseren op basis van samenhang en samenwerking. Dat kunnen we op die manier veel beter doen dan op de manier die er nu ligt.

☐

Mevrouw **Klever** (PVV):
Voorzitter. In 2006 hebben we de regie over de zorg bij de zorgverzekeraars neergelegd, met de opdracht om de zorgkosten te beteugelen en de kwaliteit te verbeteren. De balans hiervan is na acht jaar als volgt. De uitgaven zijn met een derde gestegen. De zorgpremie is met een vierde gestegen. Het verplicht eigen risico is gestegen naar €375, wat 800.000 mensen in betalingsproblemen heeft gebracht. Kwaliteit is niet meetbaar. Prijzen van behandelingen zijn niet bekend. Er heerst een financiële chaos in de sector. Het vooruitzicht op verbetering is onduidelijk. Hier past maar één conclusie: zorgverzekeraars zijn slechte regisseurs.

Wat kunnen we nog meer constateren? Er zijn twaalf eerstehulpposten gesloten. Er zijn twee ziekenhuizen failliet gegaan. Vele ziekenhuizen zijn gefuseerd. Ook zorgverzekeraars zijn gefuseerd. Er zijn nog maar vier grote zorgverzekeraars over, die de markt onderling verdelen en vervolgens als dictators regeren. Artsen en ziekenhuizen die zich verzetten, worden onder druk gezet door middel van sancties, of ze krijgen zelfs in het geheel geen contract. Patiënten die

hun invloed zouden kunnen laten gelden door te wisselen van zorgverzekeraar, blijken vast te zitten in collectieve contracten, gekoppelde aanvullende contracten of contracten via een gemeente. Van de verzekerden is 71% nog nooit van zorgverzekeraar gewisseld. Deze mensen zijn óf bang om zorg te verliezen, óf ze merken dat er uiteindelijk toch weinig verschil zit tussen de polissen van de vier grote concerns. Want concurrentie is tenslotte ver te zoeken.

Anno 2015 wil de grootste zorgverzekeraar van Nederland dat iemand met kanker eerst naar een gewoon ziekenhuis gaat. Pas als de dokter daar besluit dat hij de zorg niet aankan, mag de kankerpatiënt naar een gespecialiseerd of academisch ziekenhuis.

De Borstkankervereniging zegt hierover het volgende: "Helaas zien we te vaak dat patiënten niet doorverwezen worden. (…) Dat betekent dat deze patiënten betere zorg onthouden wordt." Ook zegt zij: ook mensen met een goedkope polis moeten terechtkunnen bij een academisch ziekenhuis of in het Antoni van Leeuwenhoek. Is de minister het eens met de zorgverzekeraar, die patiënten uit kostenoverwegingen naar het goedkoopste ziekenhuis stuurt, of is zij het eens met de patiëntenvereniging, die vindt dat iedereen recht heeft op de beste zorg? Is zij met de PVV van mening dat hoe langer het duurt voordat iemand behandeld wordt met kanker, hoe moeilijker en duurder de behandeling wordt?

Na acht jaar is één ding duidelijk geworden: er geldt maar één criterium voor zorgverzekeraars, namelijk geld. Daarmee hebben ze dan ook al die jaren grif hun zakken gevuld. Ruim 9 miljard euro aan premiegeld hebben ze niet aan zorg besteed, maar hebben ze op de plank laten liggen voor het geval dat er slechte tijden komen en ze verliezen op hun beleggingen. Een ander risico lopen ze namelijk bijna niet. Mijn fractie vindt het de hoogste tijd voor de minister om in te grijpen. Om te beginnen moet ze kwaliteit en transparantie afdwingen en dat niet langer overlaten aan de sector. Het Kwaliteitsinstituut had toch doorzettingsmacht? Laat de minister ervoor zorgen dat het die gaat gebruiken.

Als de zorgverzekeraars de regie willen behouden, dan zullen ze zich wat de PVV betreft aan de volgende drie voorwaarden moeten voldoen. 1. Zorg dat het opgepotte premiegeld terugvloeit naar de premiebetaler. De wijze waarop ze dat doen, mogen ze zelf invullen, zolang ze er maar transparant over zijn, zodat we het kunnen controleren. 2. Maak de inkoopvoorwaarden openbaar. We willen weten hoe keuzes tot stand komen en welke normen er voor selectieve inkoop gehanteerd worden. 3. Geef artsen de ruimte om patiënten te behandelen op basis van medische noodzaak, ongeacht het soort polis en inkoopvoorwaarden.

☐

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Voorzitter. Wat de Partij van de Arbeid betreft, gaat dit debat over het versterken van de positie van de verzekerde en de patiënt, niet alleen ten opzichte van de zorgverzekeraar, maar ook ten opzichte van de zorgaanbieder. De zorg draait immers om patiënten, maar helaas hebben zij de zwakste positie, niet alleen omdat je heel kwetsbaar bent als je ziek bent, maar ook omdat je als patiënt de minste kennis hebt en de minste informatie krijgt. Als je ziek bent, naar welke arts moet je dan gaan? Wat is de beste arts op jouw gebied? Dat is wel inzichtelijk — artsen onderling weten het ook wel — maar de patiënt weet het niet. Door een slimme bundeling van bronnen over behandeling in combinatie met patiëntenreviews is nu al aan te geven wat objectieve en subjectieve criteria zijn. Het is er gewoon, maar het is niet openbaar.

De NPCF heeft op een aantal gebieden al laten zien dat het mogelijk is om kwaliteit wel openbaar te maken, maar ook zij stuit op weerstand. Artsen geven geen openheid en de zorgverzekeraars doen het te weinig. Zij houden elkaar daardoor in de greep. Artsen en zorgverzekeraars hebben de macht en de kennis, maar de patiënt heeft die niet. De driehoek die we hebben bedacht en die elkaar in evenwicht moet houden, is niet in evenwicht. De patiënt is de dupe door te veel macht en kennis bij de zorgverzekeraar en bij de arts.

Ik vraag de minister dan ook hoe deze impasse kan worden doorbroken en hoe we ervoor kunnen zorgen dat er op korte termijn openheid komt. Ik heb het niet over de langetermijndiscussies over richtlijnen. Maak gewoon op korte termijn openbaar wat er al is. Welk perspectief willen wij met z'n allen de patiënt bieden en op welke termijn? Als de kwaliteit openbaar is, hoe kan er dan voor worden gezorgd dat verzekerden bij hun zorgverzekeraar invloed krijgen op de inkoop? Bijvoorbeeld patiënten met een nierprobleem kunnen hun zorgverzekeraar met hun artsen zo ontzettend goed informeren over hoe de zorg moet worden ingekocht en wat passende zorg is. Dat is kwaliteit. Dat is ook wat de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving voorstelt in een rapport over het versterken van de positie van verzekerden. Neemt de minister deze aanbeveling over?

De Partij van de Arbeid heeft al eerder haar zorgen geuit over gebrek aan legitimiteit van zorgverzekeraars door alle kritiek die er is. We zien de verbeteringen nog niet. Herkent de minister deze kritiek? Hoe kan dit worden hersteld?

Mevrouw **Leijten** (SP):
We weten dat er veel aan klantenbinding wordt gedaan, zoals het sponsoren van voetbalclubs en noem maar op. Er zijn ook reclamespotjes. De minister heeft altijd gezegd dat dit een onderdeel is van het systeem. Daarover kunnen we van mening verschillen, maar oké. Een van de echte uitwassen als het gaat om het overhalen van verzekerden om over te stappen, zijn al die cadeautjes. Van condooms tot X-boxen zijn er in het afgelopen jaar weggegeven. Zou het niet een goed idee zijn om gewoon te zeggen: beste zorgverzekeraars, dat doen we niet meer, geen cadeautjes meer bij het afsluiten van een zorgverzekering?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Wij vinden het een veel beter idee als mensen gewoon goed geïnformeerd worden over de polis.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Dat is een eeuwige discussie, die we hier al ontzettend vaak gevoerd hebben. Ik zou zeggen: doe een disclaimer bij een zorgverzekeringspolis, waarin staat: uw zorgverzekeraar zal u …

De **voorzitter**:
En uw vraag is?

Mevrouw **Leijten** (SP):
We weten dat mensen gelokt worden op verkeerde gronden. Dat staat haaks op een goede polis. Die goede polis is nog eeuwen weg. Dan kunnen we zeggen: daar wachten we op. Maar we kunnen ook zeggen dat we die lokkertjes en die cadeautjes gewoon niet meer toestaan, los van de vraag of er een goede polisuitleg komt. En de Partij van de Arbeid zegt dan?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Ik geloof dat de woordvoerder van CZ tijdens de hoorzitting zei dat hij dat abject vond. Heel veel mensen maken zich er zorgen over. Dat vind ik terecht en dat snap ik ook. Ik zou heel graag willen dat mensen die een polis kiezen, van tevoren eerlijke, duidelijke en begrijpelijke informatie krijgen over het aanbod, dus geen kleine lettertjes, geen vervelende verrassingen, geen ziekenhuisrekeningen die je niet had verwacht. Dat is wat we willen en daar moeten we heen.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Voorzitter. Staat u mij toe een feitelijke opmerking te maken, geen vraag. Dinsdag zei ook iemand dat CZ zou hebben gezegd dat zij dat abject vonden, maar dat is de zorgverzekeraar die jongeren omkoopt met condooms.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Daar wil ik nog even wat op zeggen. De SP, de Partij van de Arbeid en de VVD delen in campagnetijd condooms uit, met een slogan erop. Daar moeten we ook eerlijk in zijn.

De **voorzitter**:
Dit lijkt me een weg die we niet op moeten gaan. Terug naar het debat.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Mevrouw Bouwmeester zei al dat het belangrijk is dat er eerlijke informatie is als verzekerden een polis willen afsluiten, zodat zij niet misleid worden. Uit het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit blijkt dat zij bij de laatste overstapperiode wel misleid zijn. Wat is het oordeel van mevrouw Bouwmeester hierover?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Ik deel uw bezorgdheid daarover. Ik heb zelf een amendement ingediend op het beruchte artikel 13, waarin staat dat mensen moeten krijgen waarvan zij redelijkerwijs mochten verwachten dat zij er recht op hadden, op basis van de informatie en alles rondom die polis. Als dat amendement was aangenomen, waarvan we nu op een slimme manier moeten bedenken hoe dat alsnog kan worden aangenomen, dan worden dit soort dingen tegengegaan, dus ik ben het met u eens.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Het is ook belangrijk dat mensen nu soms een polis hebben waarbij zij denken dat zij vrije zorgkeuze hebben, terwijl dat niet het geval is. Is mevrouw Bouwmeester het met mij eens dat die mensen eigenlijk op onjuiste gronden een polis hebben afgesloten en dat de zorgverzekeraar het moet oplossen als daardoor problemen ontstaan?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
De kern van het amendement is dat mensen moeten krijgen waarvan zij redelijkerwijs mochten verwachten dat zij er recht op hebben. Als er staat: u krijgt dit, dan moet je dat ook krijgen. Het zou ook heel goed zijn als de NZa kijkt hoe mensen worden geïnformeerd. Je kunt er hele discussies over krijgen of het in de kleine lettertjes stond of niet. Wij vinden dat de polis duidelijk, eerlijk en begrijpelijk moet zijn en dat mensen daar ook gewoon recht op hebben. Nogmaals, ik heb een amendement voorgelegd dat door de Tweede Kamer is gekomen, zodat dit precies in de wet wordt geregeld. Als het aan mij ligt, regelen we dat nog steeds. Mevrouw Bruins Slot mag daar heel dik haar handtekening onder zetten, want volgens mij zijn wij het met elkaar eens dat de polis eerlijk en begrijpelijk moet zijn. Geen misleiding. Mensen moeten datgene krijgen waarvan zij dachten dat zij er recht op hadden.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Ik hoorde mevrouw Bouwmeester terecht opmerken dat de positie van de patiënt verstevigd moet worden en ook de positie van de verzekerde. Is zij het met mij eens dat de positie van de verzekerde pas echt versterkt kan worden als hij invloed heeft op de kwaliteit van de polissen? Die ontstaat pas als er een beperkt aanbod van polissen per zorgverzekeraar is, want dan wordt de zorgverzekeraar gedwongen om de allerbeste kwaliteit in relatie tot de allerbeste prijs aan te bieden aan de verzekerde.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Ik ben het zeer met de woordvoerder van GroenLinks eens dat de positie van de verzekerde enorm moet worden versterkt. De zorg draait om de verzekerde. Als je ziek bent, wordt je helaas van verzekerde patiënt. Daarom moet je die mensen, die zo veel kennis en expertise hebben, veel meer betrekken, niet alleen bij de polis, maar ook bij wat er in de polis zit, wat er wordt ingekocht, hoe er wordt ingekocht en of dat bij die specifieke patiëntengroep past. De discussie tussen zorgverzekeraars, de samenleving en de patiënten kun je beslechten als je de kritiek, de vragen en de wensen meeneemt in je inkoopbeleid.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Ik ben het met mevrouw Bouwmeester eens dat het belangrijk is dat de verzekerde bij de verzekeraar ook inspraak heeft op de inhoud en de kwaliteit van de zorg. Is mevrouw Bouwmeester het met mij eens dat met het enorme woud aan polissen, met het enorme overaanbod van polissen, de verzekerde niet meer weet waar hij aan toe is en om die reden geen op inhoud gebaseerde keuze kan maken?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Ik onderschrijf dat er een ontzettende onduidelijkheid is. Daarom heb ik daarover vorig jaar al met mevrouw Bruins Slot van het CDA een voorstel gedaan bij de begroting en ook over de zorgpolisvergelijkingssites, want die maken het niet duidelijker maar juist onduidelijker. Als mensen een zorgpolis afsluiten, willen wij dat die eerlijk is. Wij hebben in de financiële wereld gezien wat er gebeurt als mensen polissen afsluiten die zij niet begrijpen. Dan gaat het helemaal mis. Laten wij leren van de fouten uit de financiële sector, dat toepassen op de zorgsector en die producten eerlijk, begrijpelijk en transparant maken. Zorg dat verzekerden en patiënten krijgen wat zij mogen verwachten. Geen misleiding, geen onduidelijkheid.

De **voorzitter**:
Ik geef het woord aan mevrouw Bruins Slot van het CDA.

☐

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Voorzitter. Het jaarlijkse overstapcircus, waarin tientallen miljoenen worden besteed, is weer voorbij. Veel reclame voor hoogopgeleide, gezonde, sportende mensen, maar niet voor chronisch zieken. Hoe kan dat nu, zo is mijn vraag aan de minister. Tijdens het rondetafelgesprek dat wij twee weken geleden hadden, gaven zelfs de zorgverzekeraars aan dat het aantal polissen en de inhoud ervan volstrekt onoverzichtelijk is geworden. Ook zij komen er zelf niet meer uit. Burgers zien door de bomen het bos niet meer. Er zijn te veel soorten polissen, waarover zorgverzekeraars en vergelijkingssites ook nog eens misleidend communiceren.

Het CDA is voor een provisieverbod en heeft dat aan de minister gevraagd. De minister zei echter: zo ver is het nog niet. Misschien is het dan nu, als zelfs de zorgverzekeraars het ook aangeven, tijd om een rem te zetten op de brij van al die polissen. Is de minister bereid om actie te nemen om het aantal polissen te verminderen?

Mensen die de goedkoopste polis hebben afgesloten, komen dit jaar voor vervelende verrassingen te staan. Wij hebben al gehoord dat klanten van Achmea in Apeldoorn, waar 50% verzekerd is, dit jaar niet naar het Gelre Ziekenhuis in Apeldoorn kan. Ik hoorde zojuist een collega zeggen dat mensen met een budgetpolis, kankerpatiënten, niet naar het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis kunnen. Mijn vraag aan de minister is: heeft een gecontracteerde arts altijd het recht om door te verwijzen naar een niet-gecontracteerde arts als er een medische noodzaak is? Kan de minister garanderen dat dit geen enorme papiermolen oplevert?

Het lastige is dat patiënten en zorgaanbieders vaak niet weten welke zorg wel of niet is ingekocht op basis van een polis. De minister heeft eerder in een debat gezegd dat zorgaanbieders dit zo veel mogelijk voor hun patiënten kunnen opzoeken en zo nodig kunnen controleren. Ik krijg echter steeds meer signalen uit het veld dat zorgaanbieders dat helemaal niet kunnen. Het lukt niet, want zij hebben geen inzicht in welke polis voor een verzekerde is afgesloten. Dat heeft te maken met een bepaalde code, de uzovi-code. Is de minister bereid om met de zorgverzekeraars af te spreken dat iedere polis een eigen uzovi-code krijgt, zodat zorgaanbieders in ieder geval kunnen controleren of een patiënt wel of niet verzekerd is voor een bepaalde behandeling?

Het CDA vindt goede zorg in de regio erg belangrijk en daarvoor zijn volgens het CDA laagdrempelige streekziekenhuizen onmisbaar. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft een beschikbaarheidsbijdrage spoedeisende hulp en acute geboortezorg als die voorziening te duur is. De NZa heeft daar beleidsregels voor opgesteld. Het vreemde is dat geen enkel ziekenhuis voldoet aan die beleidsregel om een beschikbaarheidsbijdrage spoedeisende hulp en acute geboortezorg te krijgen, zelfs het ZorgSaam Ziekenhuis in Zeeland niet, hoewel de minister dit wel als een gevoelig ziekenhuis heeft aangewezen. Dit ziekenhuis is noodzakelijk voor de zorg in Zeeland. Er moeten daar een spoedeisende hulp en acute geboortezorg zijn. De directie geeft ook aan dat zij die bijdrage nodig heeft om ervoor te zorgen dat het ziekenhuis op zijn poten blijft staan.

De minister heeft eerder op mijn vragen geantwoord dat de Nederlandse Zorgautoriteit een analyse gaat maken van de gevolgen voor de zorgverzekeraars van het niet-verlenen van de beschikbaarheidsbijdrage. Die analyse had er eind november moeten zijn. Ik heb nog niets gezien. Het is nu eind januari. Wanneer komt de minister over de brug? Krijgen het ZorgSaam Ziekenhuis in Zeeland en een ander ziekenhuis dat hiermee kampt, het Gemini Ziekenhuis in Den Helder, nu een beschikbaarheidsbijdrage? Als die analyse van de Nederlandse Zorgautoriteit er al ligt, kan het CDA die analyse dan krijgen?

De toekomst van de Zorgverzekeringswet bevindt zich in een niemandsland. We weten even niet welke kant het op gaat. De minister heeft de route in handen. Wanneer kunnen wij het wetsvoorstel dat verworpen is in de Eerste Kamer, in de Tweede Kamer terugverwachten?

De heer **Rutte** (VVD):
Het CDA is een van de partijen die altijd pal achter ons zorgstelsel hebben gestaan. Het CDA heeft het gesteund en heeft ook jarenlang een minister geleverd. Die heeft deze Zorgverzekeringswet uitgevoerd en stond er ook volledig achter. Ik heb eigenlijk nog nooit gehoord dat het CDA een andere koers wil varen. Maar nu heeft mevrouw Bouwmeester … O nee, sorry. Nu gaat het helemaal mis. Dat zul je altijd zien. Mijn excuses: ik ben echt dramatisch met namen. Het ligt niet aan mevrouw Bruins Slot. Mevrouw Bruins Slot heeft het nu ineens over het overstapcircus, alsof er iets nieuws aan de hand is, alsof het CDA iets nieuws ontdekt heeft. Overstappen is toch altijd onderdeel geweest van het stelsel? Dat was al zo en het is nog steeds zo. Waar komt deze nieuwe terminologie bij het CDA vandaan?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Wat nieuw is, is dat er een rapport ligt van onze Nederlandse Zorgautoriteit. Zij heeft de harde conclusie getrokken dat door het aantal polissen en door de vergelijkingssites overal foute informatie heeft gestaan, waardoor mensen fout zijn overgestapt. Er staat letterlijk in het rapport: op dit moment kunnen wij ook niet garanderen of de informatie die hier staat, juist is.

De heer **Rutte** (VVD):
Er gebeuren soms dingen die misschien niet helemaal geweldig zijn en daar kunnen we het over hebben. Je kunt het stelsel bijsturen. Dat is soms ook nodig. Overstappen heeft echter altijd bij het stelsel gehoord. Is het niet een beetje vreemd dat je, als je dit altijd hebt gesteund en dit waarschijnlijk nog steeds steunt, een essentieel onderdeel van dit stelsel, namelijk dat mensen kunnen overstappen naar een andere verzekeraar, nu ineens als een circus afschildert?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Voor overstappen is het van belang dat inzichtelijk is welke polis je kunt krijgen. Tijdens het rondetafelgesprek, waarbij de VVD niet aanwezig was, hebben zorgverzekeraars gezegd dat zij zelf erg moe werden van alle cadeautjes en dat zij de hoeveelheid polissen ook erg ondoorzichtig vonden. Een zorgverzekeraar gaf zelfs aan dat hij vond dat hijzelf te veel polissen had. Uit die hoek komt dus ook dit soort signalen. Ondertussen komen er mailtjes binnen van patiënten, verzekerden, waarin zij aangeven dat zij door de bomen het bos niet meer zien. Dan is het goed om daarnaar te luisteren en om te bekijken hoe je dit kunt oplossen. Het CDA doet dat graag.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Voorzitter. Deze week kregen we het rapport van Health Consumer Powerhouse te zien, dat een goed beeld geeft van de Nederlandse zorg. Laten we echter ook vaststellen dat we niet achterover mogen leunen, want er is nog ontzettend veel te doen in het Nederlandse zorgstelsel.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Is mevrouw Dik-Faber ervan op de hoogte dat er een duidelijk assessment is geweest over allerlei zorgonderzoeken in Europa, dat HCP waarschijnlijk de meest invloedrijke speler in het veld is, maar dat het niveau van vergelijkbaarheid van data en de betrouwbaarheid zeer ter discussie staan? Het is prima dat mevrouw Dik-Faber naar het rapport verwijst, maar ik wijs haar er wel op dat het een vergelijking is van allerlei internationale onderzoeken naar zorgstelsels en dat het wel ter discussie staat.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Ik heb hier kennis van genomen. Ik wilde in het vervolg van mijn verhaal ook aangeven dat we zeker niet achterover moeten leunen, omdat er nog ontzettend veel in ons zorgstelsel te verbeteren valt. Voor mij is het rapport geen aanleiding om alleen maar tevreden te zijn. Integendeel, zou ik juist willen zeggen. Ik hoop dat de minister dezelfde urgentie voelt als de ChristenUnie om te blijven werken aan ons zorgstelsel en dat zij zich ook niet achter dat rapport zal verschuilen.

Vorige week is er in deze Kamer een rondetafelgesprek geweest over ons zorgstelsel. Ik wil een paar punten daaruit hier ook inbrengen. Ik begin met de huisartsen. Zij ervaren het contract met de zorgverzekeraar als een invuloefening waarbij ze nog kunnen tekenen bij het kruisje. Uit onderzoek van de Landelijke Huisartsenvereniging blijkt dat drie kwart van de artsen die geprobeerd hebben met de zorgverzekeraar te praten, geklaagd heeft dat er geen gesprek tot stand kwam. Wat vindt de minister daarvan? Ziet zij ook mogelijkheden bijvoorbeeld voor meerjarenafspraken tussen zorgverzekeraars en huisartsen? Ik hoor nu dat huisartsen moeite hebben om te investeren in bijvoorbeeld de ouderenzorg omdat zij niet zeker weten dat die zorg volgend jaar weer wordt ingekocht. Ik vraag met nadruk om een actieve rol van de minister, want we zitten nu in een proces van decentralisaties. De huisarts krijgt een cruciale rol om die decentralisaties ook te laten slagen. Ik krijg hier graag de aandacht van de minister voor.

De NZa gaat nu de marktmacht van zorgverzekeraars onder de loep nemen. Eerder heeft de NZa de Good Contracting Practices — de goede contracteerpraktijken, richtlijnen — opgesteld. Daar hoor ik eigenlijk heel weinig over. Wordt het geen tijd dat de NZa steviger spelregels opstelt voor de contractering? Ik krijg hierop graag een reactie van de minister.

Bij het rondetafelgesprek was er ook een zorgverzekeraar die negatief was over wat hij noemde "de overstapindustrie". Cadeautjes vond hij "abject en flauwekul". Verzekeraars zouden zich moeten onderscheiden op kwaliteit. Ik ben het met hem eens. Wat gaat de minister hieraan doen? Is de minister bereid een onafhankelijke vergelijkingssite te initiëren, zodat mensen echt een goede en transparante keuze voor een zorgverzekeraar kunnen maken en goed geïnformeerd worden over de polis die zij afsluiten met de zorg en de dekking die daarbij horen?

Ik kom op de spoedeisende zorg. In veel regio's is het nodige gebeurd. Het concentreren van complexe acute zorg op minder ziekenhuislocaties is een onomkeerbaar proces dat veelal de kwaliteit van de zorg ten goede komt en dus ook in het belang van burgers is. Maar veel mensen maken zich er erg boos over dat ziekenhuizen en verzekeraars samen beslissen over hun ziekenhuis. Dat voelt niet goed. Raadsleden die een petitie en raadsbreed ondersteunde moties wilden aanbieden, werden in Woerden letterlijk buiten de deur gehouden. Dat moet anders. De ChristenUnie pleit voor openheid en inspraak om draagvlak te creëren. Welke rol ziet de minister hierin voor zichzelf? Wil zij dit meenemen in haar visie op zorg in de regio, die voor 1 maart naar de Kamer zal worden gestuurd?

Het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis en de gemeenten uit het verzorgingsgebied praten inmiddels weer met elkaar. Dit moet leiden tot een convenant, maar hiervoor waren maanden onzekerheid. Was dit nu nodig?

Ik kom op Drenthe. Het ziekenhuis in Meppel is inmiddels onderdeel van Isala in Zwolle. Het is niet langer als een volwaardig basisziekenhuis te beschouwen. Ruim twee jaar geleden is de acute verloskunde al naar Zwolle verhuisd. Dat heeft tot de nodige protesten van de bevolking geleid. De intensivecareafdelingen in Stadskanaal en Hoogeveen staan eveneens ter discussie. Er bestaan plannen om die te concentreren in Emmen. Het dreigt erop uit te lopen — dat zijn reële zorgen van bewoners — dat er in Drenthe op termijn maar twee ziekenhuizen overblijven.

Er zijn veel meer voorbeelden te noemen. Voor mijn fractie is duidelijk dat ook in dunbevolkte gebieden een dekkende zorginfrastructuur behouden moet blijven. Mijn fractie staat pal voor zorg dichtbij en zorg in de regio.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Voorzitter. We spreken vandaag officieel over de regierol van de zorgverzekeraar. Daar gaat het naar mijn idee al mis: alsof de zorgverzekeraar het voor het zeggen heeft in de zorg. Er zijn drie gelijkwaardige partijen in ons zorgstelsel, ieder met haar eigen rol: de zorgverleners, de mensen om wie het gaat, namelijk de patiënten dan wel verzekerden, en de zorgverzekeraars. De balans tussen deze stakeholders is zoek. Het wordt tijd om deze balans in ons zorgstelsel te herstellen. We willen voor iedereen goede zorg, die ook op de lange termijn betaalbaar blijft. Slechte zorg kost de samenleving uiteindelijk veel geld en gaat ten koste van onze gezondheid. Met goede zorg kunnen we de kosten op een verantwoorde manier beheersen. Dat zou het adagium moeten zijn. Juist doordat we verzekerden en patiënten de ruimte bieden om te kiezen, bouwen we een prikkel in voor verzekeraars en aanbieders om zich positief te onderscheiden op goede zorg en op een goede prijs. Wat goede zorg is, wordt samen met de patiënt bepaald. Tot zover het ideaalplaatje.

In de huidige praktijk domineren grote zorgverzekeraars en grote aanbieders in de zorg. Er wordt ingekocht op prijs en nauwelijks op kwaliteit. De patiënt en verzekerde delven het onderspit. De verzekerde zou de verzekeraars scherp moeten houden op hun rol als zorginkoper. Hoe kunnen zij dit doen als er een woud aan polissen is? Alleen al voor de basisverzekering zijn er 70 polissen en deze polissen worden ook nog eens aan de man gebracht via commerciële vergelijkingssites met een eigen belang. We willen dat verzekerden kiezen op inhoud; laten we dat dan ook mogelijk maken. Dat kan door een provisieverbod op de zorgverzekering te introduceren. In plaats van commerciële vergelijkingssites met een eigen belang moet er een betrouwbare en onafhankelijke site zijn die mensen helpt om de polis te kiezen die bij hen past. Een beperkt aantal polissen maakt kiezen op inhoud mogelijk en dwingt verzekeraars om aan verzekerden echt te laten zien wat ze waard zijn. Zo ontstaan de juiste prikkels voor verzekeraars om zich op de combinatie van prijs en kwaliteit te onderscheiden. Graag krijg ik een reactie van de minister op deze voorstellen.

Ook hoor ik graag of zij, net als GroenLinks, van mening is dat er een verbod moet komen op de budgetpolis. Deze polis creëert een tweedeling in de zorg. Mensen met een budgetpolis hebben nu bijvoorbeeld, zoals eerder gezegd is, geen toegang tot alle academische of gespecialiseerde ziekenhuizen. Er is slechts beperkte zorg beschikbaar voor mensen met een kleine portemonnee. Dat vindt GroenLinks onacceptabel.

Kleinere instellingen en individuele beroepsbeoefenaars gaan gebukt onder de machtige positie van zorgverzekeraars. Contractonderhandelingen zijn feitelijk geen onderhandelingen maar dictaten. Zorgverzekeraars zouden met hun inkoopbeleid gericht moeten zijn op kwaliteit en zouden daarmee het aanbod van goede zorg moeten stimuleren. Dit doen zij nu veel te weinig. Dat is een gemiste kans. Goede zorg is effectiever en kost minder dan slechte zorg. In plaats van eigen kwaliteitsinformatie te verzamelen zouden verzekeraars de beschikbare informatie over kwaliteit uit het veld, zoals de ROM (Routine Outcome Monitoring) in de ggz en de kwaliteitsregistraties van het DICA (Dutch Institute for Clinical Auditing), standaard moeten gebruiken bij contractonderhandelingen. Graag krijg ik hierop een reactie van de minister.

Bij kwaliteitsontwikkeling ligt de lead bij zorgverleners en patiënten. Mijn fractie ziet het als een taak van zorgverzekeraars om financieel bij te dragen aan de uitbreiding van bewezen succesvolle methodes om tot uniforme kwaliteitsnormen te komen. Is de minister het met mij eens dat het veld in staat moet zijn om binnen één jaar de belangrijkste uniforme kwaliteitsnormen ontwikkeld te hebben? Dat kan alleen als zorgverzekeraars pas op de plaats maken voor hun eigen kwaliteitsvragen en bijdragen aan de financiering van uniforme kwaliteitsnormen, vastgesteld door aanbieders en patiënten. De minister heeft bij de hoofdlijnenakkoorden laten zien dat zij goed in staat is om partijen te binden aan een gezamenlijke ambitie. Is de minister bereid om het initiatief te nemen voor een bestuurlijk akkoord met betrekking tot kwaliteit? Ik krijg daar graag een reactie op.

De heer **Rutte** (VVD):
Mevrouw Ellemeet stond vandaag met een groot stuk in dagblad Trouw. Daarin werden de contouren van het verhaal dat wij vandaag hoorden, geschetst. Nu schetst zij ook dat GroenLinks wil dat de restitutiepolis goedkoper wordt en dat die beschikbaar wordt voor iedereen. De restitutiepolis is een polis waar de verzekeraar niets over te zeggen heeft. Alle zorg wordt vergoed tegen de prijs waarvoor de zorgaanbieder die levert. Het is dus per definitie een heel dure polis. Mevrouw Ellemeet belooft nu dat het ook een goedkope polis wordt. Als de verzekeraar daar geen rol bij speelt, zijn er maar twee manieren om dat te realiseren: of je kleedt het pakket uit, of je verhoogt keihard het eigen risico. Waarvoor kiest GroenLinks?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Tijdens de hoorzittingen, waar de heer Rutte helaas niet bij aanwezig was vorige week, gaven verzekeraars aan dat zij nu juist winst maken op de restitutiepolis en dat het verschil in prijs dus wel degelijk kleiner kan zijn. Wij kunnen in overleg met de verzekeraars bekijken wat een redelijk maximumprijsverschil zou moeten zijn tussen de restitutiepolis en de naturapolis.

De heer **Rutte** (VVD):
Ik probeer het nog één keer. We kunnen van alles vinden over de winstmarges van zorgverzekeraars. Zij maken ook winst op naturapolissen. Dat is nodig om een gezonde bedrijfsvoering te hebben. Als ze dat niet doen, lopen de reserves leeg en moet de overheid misschien ingrijpen. Dat wil ik al helemaal niet. Als je ervan uitgaat dat de verzekeraar geen regie mag voeren omdat hij niet mag inkopen en er dus geen enkel mechanisme is om de prijs in de hand te houden bij een restitutiepolis, dan is er toch maar één manier om die polis uiteindelijk goedkoop te maken, namelijk door hem uit te kleden. Waarom vertelt GroenLinks niet eerlijk dat dit de enige weg is? Of geef eerlijk toe dat die polis dus gewoon niet goedkoper wordt!

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
De zorgverzekeraars geven zelf aan — dat was ook vorige week het geval — dat het wel degelijk mogelijk is om de prijsverschillen te verkleinen. Dat is mogelijk; dat geven ze aan. De vraag is alleen: willen wij dat verzekeraars grote

winsten maken op de verkoop van polissen of willen wij het terugbrengen tot een redelijk verschil zodat het voor iedereen, ook voor mensen met een kleine portemonnee, mogelijk is om de polis te kiezen die bij hem of haar past.

De **voorzitter**:
Hartelijk dank voor uw bijdrage, mevrouw Ellemeet.

Ik had het woord willen geven aan de heer Van Klaveren, maar ik zie hem niet in de zaal. Ik geef daarom het woord aan mevrouw Dijkstra namens de fractie van D66.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Voorzitter. Het debat dat wij vanavond voeren, is net als dat van gisteravond een samenvoeging van twee dertigledendebatten die al sinds vorig voorjaar op de rol staan. Ook vanavond geldt eigenlijk dat de huidige situatie voor een deel veranderd is ten opzichte van het moment waarop de debatten werden aangevraagd. Dat neemt niet weg dat het onderwerp van het debat van vanavond, de regierol van de zorgverzekeraars in ons zorgstelsel, belangrijk is. Het is een onderwerp waarover we in de Kamer serieus met elkaar van gedachten moeten wisselen. Ik hecht er echter aan om ook vanavond te zeggen dat mijn fractie het eigenlijk geen onderwerp vindt voor een debat met vier minuten spreektijd zonder duidelijke focus. Ik heb dat ook gemerkt aan de inbrengen van iedereen. Er worden heel veel verschillende dingen aan de orde gesteld. Daarvoor vind ik het onderwerp eigenlijk te belangrijk en ook te complex. Twee weken geleden hebben mevrouw Ellemeet, mevrouw Bruins Slot en ik juist over dit onderwerp, de rol van de zorgverzekeraars in ons stelsel, een bijzondere procedurevergadering georganiseerd. We hebben naar aanleiding daarvan in de Kamercommissie afgesproken dat we daar binnenkort uitgebreid in een algemeen overleg op terugkomen. Dat doet in de ogen van mijn fractie recht aan het belang van het onderwerp.

Er staat vanavond echter nog een punt op de agenda. Daarom licht ik toch dat punt van de verzekeraars en hun regioplannen voor de spoedeisende hulp eruit. Toen dit debat werd aangevraagd, weigerden de verzekeraars om die plannen openbaar te maken. Inmiddels zijn we ingehaald door de feiten. De mededingingswaakhond de ACM heeft feitelijk een streep gezet door de aanpak van de zorgverzekeraars.

Ik heb een paar vragen aan de minister. Wat betekent de beslissing van de ACM meer in principiële zin voor de regierol van de zorgverzekeraars en de sturing als het gaat om die regio? We zeggen dat er in de regio veel meer moet worden samengewerkt. Hoe ziet de minister dat? Voorziet zij hier voor de toekomst ook op andere terreinen nog problemen? Welke rol ziet de minister hier voor zichzelf, bijvoorbeeld als het gaat om de continuïteit van de cruciale zorg?

De bal ligt nu bij Zorginstituut Nederland om te komen met kwaliteitsstandaarden voor de spoedeisende hulp. Ik hoor graag van de minister hoe het met dit proces staat, hoe het onderzoek van Zorginstituut Nederland eruitziet, welke partijen hierbij betrokken worden en wanneer we resultaten kunnen verwachten. De minister kijkt mij aan. Ze wil de vragen nog een keer horen. De zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij nu van Zorginstituut Nederland kwaliteitsstandaarden voor de spoedeisende hulp willen krijgen. Die moeten door Zorginstituut Nederland geformuleerd worden. Wat is de stand van zaken en hoe gaat het nu verder met de spoedeisende hulp?

Hier wil ik het bij laten op dit moment.

De heer **Rutte** (VVD):
Voorzitter. Ik heb het hier al vaker gezegd: de VVD hecht zeer aan de solidariteit tussen ziek en gezond. Daarom stond de VVD aan de basis van een zorgstelsel waarin we een heel brede basisverzekering hebben en waarin heel veel zorg is geborgd. Die basisverzekering is toegankelijk voor iedereen; of je nu gezond of ziek bent, of je nu arm of rijk bent, je wordt altijd geaccepteerd, tegen dezelfde voorwaarden en tegen dezelfde premie. Dat is iets om te koesteren. Dat is iets om trots op te zijn. Wij zijn er ook trots op dat wij een stelsel hebben waarin innovatie mogelijk is, waarin wij de allerbeste zorg hebben. Ook als die zorg wordt geleverd in wat in het buitenland een "privékliniek" heet, maar wat bij ons een "zelfstandig behandelcentrum" heet, valt die gewoon onder de basisverzekering. Daar hoef je je niet apart privé voor te verzekeren. Dat is in vele landen wel anders.

De VVD hecht aan ons stelsel, omdat het een goed stelsel is voor patiënten en voor premiebetalers. Het doet mij deugd als deze week de Health Consumer Index opnieuw uitkomt, het onderzoek waarin de VVD … Nee, niet de VVD. In dat onderzoek wordt opnieuw bevestigd dat ons stelsel het beste stelsel van Europa is. Dat is dus niet het stelsel van de VVD. Het betreft ons zorgstelsel en de Zorgverzekeringswet.

Mevrouw **Klever** (PVV):
Heeft de heer Rutte dat rapport waar hij over spreekt ook gelezen? Of heeft hij alleen het persbericht van het ANP gelezen waarin staat dat Nederland het beste zorgstelsel heeft? Als je het rapport verder leest, staat daar namelijk in dat het Nederlandse zorgstelsel zo goed is vanwege het feit dat de financiers van het stelsel op afstand staan, waardoor behandelingen bepaald worden door de medische professionals en dus niet door de zorgverzekeraars. Laat dat nou juist het punt zijn waar dit kabinet vanaf wil. De zorgverzekeraars moeten meer macht krijgen van dit kabinet. Het kabinet is hier bijna om gevallen vlak voor het kerstreces. Als de heer Rutte dat onderzoek zo goed vindt, ben ik benieuwd wat hij vindt van het punt dat die zorgverzekeraars op afstand staan.

De heer **Rutte** (VVD):
Het is heel erg goed dat wij het in Nederland zo hebben geregeld dat er afstand is tussen de financier en degene die de kwaliteit bepaalt. We hebben niet voor niets het Kwaliteitsinstituut, dat de aanjager is van de kwaliteitsstandaarden. Het is niet voor niets dat de medische beroepsverenigingen de kwaliteitsstandaarden bepalen. Bij het wetsvoorstel voor de aanpassing van artikel 13, waar de PVV mede tegen heeft gestemd, zijn vijf amendementen ondergebracht om nog beter en nog strikter te regelen langs welke kwaliteitsstandaarden de zorgverzekeraars mogen

inkopen. Dat vinden wij namelijk heel erg belangrijk. Kennelijk vindt de PVV dat een stukje minder belangrijk.

Mevrouw **Klever** (PVV):
De kracht van ons zorgstelsel is dat de financiers op afstand staan. Dat betekent dat de zorgverzekeraar op afstand staat. Dit kabinet is bezig met het afschaffen van de vrije artsenkeuze, met steun van de VVD. Maar dit is nou juist precies het punt waarom we zo goed zijn. Dat helpt de VVD om zeep.

De heer **Rutte** (VVD):
Dat is niet waar. Wij hechten wel degelijk aan die afstand. We willen geobjectiveerde kwaliteitscriteria. Dat moet beter. Dat stond juist in het wetsvoorstel. Dat is een van de belangrijke redenen waarom we dat wetsvoorstel steunen. In dat wetsvoorstel stond ook een verbod op verticale integratie. In het onderzoeksrapport wordt ook onderschreven dat het belangrijk is dat de zorgverzekeraar niet tevens degene mag zijn die de zorg levert. Dat vinden wij heel belangrijk. Die afstand moet blijven bestaan, zoals er ook afstand moet zijn tussen de politiek en de zorg. Ook dat maakt ons stelsel goed.

Mevrouw **Leijten** (SP):
We kunnen heel lang discussiëren over dat rapport en dat onderzoek. Ik heb net al aan mevrouw Dik-Faber een quote voorgelezen waaruit blijkt dat er ernstige vraagtekens worden gezet bij de betrouwbaarheid en de vergelijkbaarheid van de gegevens. Niettemin gun ik het de VVD dat er een onderzoeksbureau is dat zegt: het zorgstelsel in Nederland staat op nummer één. Maar nu heb ik hier de International Health Policy Survey van Radboudumc, mede gefinancierd door VWS. Daarin staan ook heel belangwekkende dingen. Wat ik zo belangwekkend vind, is dat het echt over ons land gaat. Patiëntervaringen worden vergeleken met die in andere landen. Er staat bijvoorbeeld dat de zorgconsumptie in ons land laag is, maar ook dat ruim een op de vijf respondenten, 22%, rapporteert een concrete ervaring te hebben gehad waarin men vanwege kosten heeft afgezien van zorg. Valt dat voor de VVD nog binnen de marge van toegankelijke zorg?

De heer **Rutte** (VVD):
Ik vind dat een goede vraag. De Europese Commissie heeft van de Euro Health Consumer Index gezegd dat dit de meest nauwkeurige en betrouwbare vergelijking van zorgstelsels is. Wij hebben dus nog een steunbron om te zeggen dat het een goed rapport is. Ik twijfel niet aan de kwaliteit van het rapport dat mevrouw Leijten nu noemt. Wij hebben al vaker interruptiedebatjes gevoerd over het afzien van zorg. Ik vind dat onverstandig. Mensen moeten dat niet doen. Ik vind het heel goed dat mensen heel bewust omgaan met zorg en een doelmatige keuze maken om het nog even aan te zien op het moment dat het kan. Ik vind het ook goed dat zij, als zij de keus hebben, voor een goedkope optie kiezen. Dat is ook geen enkel probleem. Maar op het moment dat het nodig is, zouden mensen niet moeten afzien van zorg. Juist daarom hebben wij een zorgtoeslag, die niet alleen de premie compenseert, maar ook het eigen risico. Wij doen daar heel veel aan.

Mevrouw **Leijten** (SP):
De volgende zin uit het rapport dat ik net aanhaalde luidt: Met name het ondergaan van een door een arts aanbevolen onderzoek of behandeling na behandeling wordt achterwege gelaten, meldt 16% van de respondenten. Dat is veel. Wat ik eigenlijk jammer vind is dat wij dit rapport niet hebben gekregen. De discussie over de toegankelijkheid van ons stelsel voeren wij heel vaak, maar mijn vraag was: vindt de VVD één op vijf, 20%, die afziet van zorg acceptabel? In 2010 was het 6%. Dat staat ook in het onderzoek. Is dat een acceptabel percentage?

De heer **Rutte** (VVD):
Ik wil niet praten over de vraag welk percentage acceptabel is. Het is precies zoals ik net zei. Ik vind het goed als mensen een afweging maken in de trant van: heb ik zorg nodig of kan ik het nog even aanzien? Ik vind het ook goed dat mensen een keuze maken voor een goedkope optie als die beschikbaar is. Maar ik vind dat mensen niet moeten afzien van zorg.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Ik wil even terugkomen op het punt dat de heer Rutte eerder maakte over het belang van innovatie, ook in de basisverzekering. Dat deel ik met hem; dat is ontzettend belangrijk. Ik denk dat de innovatie pas echt goed van de grond kan komen als er een samenspel is tussen aanbieders, patiënten en zorgverzekeraars, waarbij de verzekeraars de innovatie en de innovatieve ideeën van de aanbieders en de patiënten financieren. Nu is het zo dat verzekeraars nog maar nauwelijks op kwaliteit contracteren. Dat is wel een voorwaarde om de innovatie echt van de grond te krijgen.

De **voorzitter**:
Uw vraag is?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Mijn vraag is de volgende. Er is inderdaad nog beperkte kwaliteitsinformatie. Daar moet verder aan gewerkt worden. Wij hebben al heel wat informatie over de ROM in de ggz en over de clinical audits bij de medisch specialisten, maar deze informatie wordt nog nauwelijks gebruikt bij de contractering. Is de heer Rutte het met mij eens dat het wenselijk is dat verzekeraars dit op korte termijn meenemen in hun contracteringsbeleid?

De heer **Rutte** (VVD):
Ik ben daar heel erg voor. Ik ben er ook heel erg voor dat dit soort nieuwe normen zo snel mogelijk in de kwaliteitsstandaarden landen en dat zij dus ook onomstreden zijn. Op die manier wordt dan steeds meer zorg van goede kwaliteit ingekocht. Het is trouwens helemaal niet zo dat zorgverzekeraars niet geïnteresseerd zijn in kwaliteit van zorg en daarin niet investeren. Verzekeraars investeren in vele innovatieve trajecten rondom zorg. De grootste uitdaging is niet eens zozeer om de innovatie op gang te brengen, als wel om deze structureel te verankeren in de contractering van de zorg. Dat is heel erg lastig, omdat wij eigenlijk in het hele land moeite hebben om afscheid te nemen van het oude. De innovatieve behandeling komt erbij, maar de oude blijft daarnaast bestaan, terwijl die

misschien veel minder was. Daar moeten wij met elkaar iets aan doen. Daar heb ik bij de behandeling van de begroting iets over gezegd en daar zal ik mij voor blijven inzetten.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
De verzekeraars geven alsnog aan dat er weinig kwaliteitsinformatie beschikbaar is die zij kunnen gebruiken bij hun contractering. Dit bestrijd ik. Er is al heel veel informatie beschikbaar voor uniforme kwaliteitsnormen — het kan nog beter — die vooralsnog niet gebruikt wordt bij de contractering. Mijn vraag is: is de heer Rutte het met mij eens dat de verzekeraars misschien onder druk moeten worden gezet om de kwaliteitsinformatie die er is leidend te laten zijn in hun contracteringen?

De heer **Rutte** (VVD):
Ik weet niet of ze onder druk gezet moeten worden. Deze normen moeten vooral echt landen in richtlijnen. Op dat moment zijn ze ook echt onomstreden en kunnen ze worden gebruikt. Wat ik niet wil, is wat we nu al hebben, namelijk dat een verzekeraar een norm omarmt en dat daar weer discussie over ontstaat. De verzekeraar krijgt dan altijd weer de zwartepiet. Dat moeten we niet willen. Laat ze dan ook echt gestandaardiseerd zijn en landen in richtlijnen. En ja, dan moeten ze ook leidend zijn voor de inkoop.

De **voorzitter**:
Vervolgt u uw betoog.

De heer **Rutte** (VVD):
Dat ga ik doen. De VVD was en is enthousiast over het stelsel. Dat betekent niet dat er geen dingen beter kunnen. Er moeten ook dingen beter. We zullen ons altijd blijven inzetten om risicoselectie te voorkomen. Dat is buitengewoon belangrijk. Het is ook heel goed dat dit breed in de Kamer wordt gedeeld. We hebben keer op keer aangegeven dat we willen dat ons vereveningssysteem scherp is en dat het waar mogelijk verbetert, zodat we kunnen borgen dat wie ziek is, altijd wordt toegelaten tot de verzekering en dat voor wie ziek is, er altijd goede zorg beschikbaar is. Dit is typisch een van de punten om straks in het grote algemeen overleg over het zorgstelsel over door te praten, zoals mevrouw Dijkstra al zei. Dit is een belangwekkend punt en dan hebben we daar ook de tijd voor.

Verder vindt de VVD dat er veel meer transparantie moet komen rondom de inkoop. Meerdere mensen hebben dat vanavond al gezegd. Wij staan daar pal voor. Mede daarom hebben we vijf amendementen ingediend bij het wetsvoorstel dat helaas is gesneuveld. We hebben dat juist gedaan om veel meer transparantie rondom de inkoop van zorg te krijgen en om ervoor te zorgen dat in april al bekend is hoe het beleid is, dat in november alles is ingekocht en dat de klant die een polis afsluit, precies weet waar hij of zij voor kiest en waar hij of zij aan toe is. Dat is buitengewoon belangrijk en dat moet beter. Ik hoop dat we snel tot goede, nieuwe oplossingen kunnen komen en dat we die op korte termijn met de Kamer kunnen bespreken.

De **voorzitter**:
Daarmee zijn we aan het einde gekomen aan de eerste termijn van de zijde van de Kamer.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

☐

Minister **Schippers**:
Voorzitter. Waar de Nederlandse zorg internationaal precies staat, hangt een beetje af van het lijstje waar men naar kijkt. Natuurlijk ben ik trots als we de nummer één op een lijst worden, indien de onderzoekstechnieken van die lijst zijn gebaseerd op wetenschappelijke gronden en er gebruik wordt gemaakt van internationale statistieken en gegevens. Als Nederland daar goed uitkomt, ben ik daar heel blij mee. We hebben ook andere gegevens. We hebben lijstjes van bijvoorbeeld de OECD of The Commonwealth Fund. Eigenlijk scoren we overal wel goed. Het is een belangrijke notie om te weten: wij hebben dilemma's, andere landen hebben dilemma's; hoe los je die nu op?

Het meest opmerkelijk vind ik dat je internationaal ziet dat de systemen naar elkaar toe groeien. Waar we vroeger nog echt publieke systemen hadden en echt private systemen, zie je dat al die systemen steeds meer een mix worden. Immers, het publieke is nodig om solidariteit te garanderen en het private is nodig om de doelmatigheid en de innovatie te garanderen. Die gemixte systemen rukken echt zichtbaar op en je ziet dan ook dat ze de beste resultaten leveren.

De groei van de kosten was begin deze eeuw nog 10% en zit nu bij 1%. Voor het eerst zitten we binnen de ramingen. We hebben de matiging van die groei — dat blijkt ook uit het EHCI-onderzoek waar verschillende van u vandaag onder andere over hebben gesproken — niet bereikt door de eigen betalingen heel erg te verhogen. We hebben die matiging niet gerealiseerd door het pakket heel erg uit te kleden, maar door betere kwaliteit van zorg. Dat is ook de manier waarop we die groei graag met elkaar willen matigen.

We hebben een halvering van de vermijdbare sterfte. We hebben een oplopende levensverwachting. We hebben steeds meer dodelijke ziektes die chronisch worden. Het is heel belangrijk om ook te constateren dat ons departement met enige regelmaat delegaties uit heel de wereld ontvangt, die zeggen: hoe doen jullie dat toch in Nederland? Kunnen jullie ons dat uitleggen?

Is ons systeem dan af? Nee, het is niet af. Er moet ontzettend veel verbeteren. Een aantal van de dingen die moeten verbeteren en waar nu mijn zorg naar uitgaat, heb ik genoemd in een brief aan de NZa die ik ook naar de Kamer heb gestuurd. Kijk nu eens bijvoorbeeld naar het aantal polissen, heb ik aan de NZa gevraagd. Is het niet zo dat je in een sector waarin je kunt kiezen, eerst een soort explosie krijgt en heel veel aanbod, en dat dat vervolgens langzaam weer teruggaat naar een overzichtelijk set waar mensen ook daadwerkelijk weten wat ze kiezen? Ik vind zorg te belangrijk om te gaan zitten wachten op het moment dat het aantal polissen vanzelf weer daalt. Het aantal polissen is, vind ik, nu zo hoog dat je door de bomen het bos niet meer ziet. Dat verhoogt de intransparantie en daardoor wordt kiezen moeilijker. Daarom heb ik in december aan

de NZa geschreven: onderzoek dat eens! Klopt mijn gevoel, en zo ja, wat kunnen we daar dan met z'n allen aan doen?

Ik heb de NZa ook de vraag voorgelegd of er in deze laatste ronde sprake is geweest van indirecte risicoselectie, waardoor mensen ineens een zwart scherm kregen als ze hun leeftijd van 65 invulden, of waardoor mensen die de verzekeraars liever niet wilden hebben, ineens via moeilijke papieren omwegen een polis moesten aanvragen. Met andere woorden: zit er een indirecte risicoselectie in ons systeem? Zo heb ik een heel set vragen aan de NZa gesteld met het verzoek, dat nu eens te analyseren en mij aan te geven wat ik eraan kan doen als het inderdaad zo is. Ik hoop niet dat het zo is, maar mocht het wel zo zijn, dan hoor ik graag suggesties wat ik eraan kan doen. Suggereert u mij dan ook een aantal maatregelen!

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Ik begrijp dat de minister deze vragen heeft neergelegd bij de NZa. Ik ga er echter vanuit dat de minister met al haar ervaring daar zelf ook ideeën over heeft. Ik wil de minister vragen of zij met mij van mening is dat een beperkt aantal polissen ook de verzekeraars ertoe zal aanzetten, juist het allerbeste te bieden wat ze hebben, op kwaliteit en op prijs. En is zij het met mij eens dat zij met een beperkt aantal polissen een impuls geven aan wat wij met z'n allen willen in de zorg, namelijk goede zorg tegen een redelijke prijs en voor iedereen beschikbaar? Met dit woud aan polissen wordt dit niet gestimuleerd.

Minister **Schippers**:
Dat is een veronderstelling. Of dat waar is, weet ik niet. Daarom is het zo belangrijk dat de NZa dit voor mij uitzoekt. Ik heb de NZa een belangrijke vraag gesteld. Blijkt uit de verschillende polissen van een verzekeraar dat bepaalde zorgaanbieders in al die polissen zijn gecontracteerd? Als dat het geval is, betekent dit dat die verzekeraar op kwaliteit heeft gecontracteerd. Als daar geen lijn in zit, speelt de prijs een grote rol. Dat is mijn aanname en die leg ik dan weer voor aan de NZa. De NZa kan daar haar mening over geven. Ik vind het belangrijk dat wij dit met elkaar onderzoeken. Ik deel uw gevoel dat er te veel polissen zijn, want anders zou ik de NZa in december niet gevraagd hebben om mij daar inzicht in te bieden. Ik deel ook uw gevoel dat dit de keuze niet makkelijker maakt maar juist vertroebelt, waardoor de concurrentie minder wordt. Je hebt er minder zicht op. Ik heb de NZa dit gevraagd zodat wij daar voor de volgende keer in ieder geval uitsluitsel over hebben. We hebben nu weer een jaar te gaan. Ik wacht af tot welke conclusie de NZa komt en daarna bepaal ik wat wij daarmee gaan doen.

De **voorzitter**:
Ik verzoek de leden en ook de minister om zo beknopt mogelijk te zijn.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Hoor ik de minister nu zeggen dat zij alles in het werk wil stellen om het volgende contracteringsjaar het aantal polissen terug te dringen als de NZa zegt dat dit wenselijk is?

Minister **Schippers**:
Als de NZa tot de conclusie komt dat het grote aantal polissen de concurrentie op prijs en kwaliteit niet verbetert, ben ik zeker bereid om maatregelen te nemen. Anders zou ik het niet laten onderzoeken. Als de NZa tot de conclusie komt dat dit zo is, dan hangt ervan af of ik daarvoor een wet nodig heb of niet. Met een wet duurt het altijd wat langer om daar iets aan te doen en zijn de risico's om het tot een goed einde te brengen wat groter. Ik zou dan ook weer van de NZa moeten horen hoe ik dat kan tegengaan.

Mevrouw **Klever** (PVV):
De minister zegt dat zorgverzekeraars inkopen op kwaliteit. Vindt de minister kankerzorg in een ziekenhuis dat onder verscherpt toezicht staat van de Inspectie voor de Gezondheidszorg beter dan kankerzorg in het gespecialiseerde Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis?

Minister **Schippers**:
Als een ziekenhuis onder toezicht staat en geen enkele verzekeraar stuurt zijn patiënten daarnaartoe omdat het onder toezicht staat, dan is het ziekenhuis acuut failliet. Geen patiënten is einde ziekenhuis. Wij vragen de inspectie om een ziekenhuis onder toezicht te stellen zodat toch zorg geleverd kan worden op het niveau dat wij met elkaar hebben vastgesteld. Als de inspectie van mening is dat de zorg onder de bodem zakt zoals wij die hebben gedefinieerd, dan zal zij de afdeling sluiten.

Mevrouw **Klever** (PVV):
Als ik het verkeerd heb, hoor ik het graag, maar hier hoor ik toch in dat zorgverzekeraars volgens de minister niet de beste zorg moeten inkopen, maar zorg die niet onder een bepaalde bodem zakt. Dat hoor ik de minister nu zeggen, terwijl zij altijd heeft gezegd dat zorgverzekeraars inkopen op de hoogste kwaliteit.

Minister **Schippers**:
Het is bedoeling dat de verzekeraar inkoopt op de verhouding tussen prijs en kwaliteit. Wij hebben met elkaar een kwaliteitsnorm vastgesteld en daar houdt de inspectie toezicht op. Als je daarboven zit, vinden wij dat acceptabel, maar als je daaronder zit niet. Die normen worden door het veld vastgesteld. Dat zijn richtlijnen, veldnormen en protocollen. Daar houdt de inspectie toezicht op. Als een ziekenhuis niet aan de veldnormen, de richtlijnen en de protocollen kan voldoen, zal de inspectie het ziekenhuis sluiten. Als zij er zorgen over heeft, zal zij verscherpt toezicht houden, opdat de protocollen, richtlijnen et cetera worden gevolgd.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Het is duidelijk dat de zorgverzekeraars niet op kwaliteit inkopen, want dan kun je niet een gespecialiseerd kankercentrum als het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis uitsluiten. Dat is evident. Ik draai het om. Stel dat alle zorgverzekeraars zeggen: we contracteren geen zorg bij het Antoni van Leeuwenhoek. Wat gebeurt er dan?

Minister **Schippers**:
Wij hebben een zorgplicht in Nederland. Dat betekent dat als je behoefte hebt aan gespecialiseerde zorg die je niet in ieder ziekenhuis kunt krijgen, je die moet krijgen, of die zorg nou gecontracteerd is of niet. Die gespecialiseerde zorg heb je bijvoorbeeld in het Antoni van Leeuwenhoek, maar ook in Daniel den Hoed en in gespecialiseerde, in dit geval oncologische centra.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ja, maar op het moment dat geen enkele zorgverzekeraar een contract met een ziekenhuis heeft afgesloten, zal zo'n ziekenhuis gaan anticiperen. Het zal zeggen: wij moeten onze deuren sluiten. Je kunt die gespecialiseerde zorg dan wel nodig hebben, maar wat als alleen Daniel den Hoed nog over is? Dan ontstaat er een wachtlijst. Ik stel deze vraag niet voor niets. De minister verschuilt zich achter de uitspraak dat er een basisnorm is waar je niet doorheen mag zakken, omdat de inspectie anders ingrijpt. De rest is dan aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar zou dus ook zomaar zeer noodzakelijke zorg kunnen uitsluiten. Ik zou toch willen dat de minister daar wat meer op ingaat.

Minister **Schippers**:
De verzekeraar kan geen noodzakelijke zorg uitsluiten. Of het nou topzorg, academische zorg of huisartsenzorg is: hij kan geen zorg uitsluiten. Hij heeft een zorgplicht. Wij hebben gespecialiseerde centra die goed werk leveren en die ook gecontracteerd worden. Misschien worden ze niet door alle verzekeraars gecontracteerd. Zij zullen dan weer andere gespecialiseerde centra contracteren. Zo is ons systeem opgebouwd.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Ik hoor de minister iets heel belangrijks zeggen. Er is heel veel misverstand over de academische zorg. Deze week was er weer een casus van bezorgde ouders die in een academisch ziekenhuis terecht moesten. Zij zeiden: mijn kind had misschien geen zorg kunnen krijgen, met heel ernstige gevolgen. Nou heb ik bij Buitenhof laatst Marcel Levi gezien, de baas van het AMC. Hij zei: mensen krijgen altijd academische zorg, gegarandeerd, ongeacht de polis. Kan de minister dat hier nog een keer klip-en-klaar zeggen?

Minister **Schippers**:
De verzekeraar heeft een zorgplicht. Of het nou heel simpele zorg of academische zorg is: daar heb je recht op. Je krijgt de zorg die je nodig hebt. Soms zijn er heel veel mensen die die zorg aanbieden. Dan heb je veel meer keus. Soms is die zorg heel erg specialistisch en is er bijvoorbeeld maar één academisch ziekenhuis dat die zorg kan leveren. Je zult dan naar dat ene ziekenhuis moeten gaan, ook al is dat ver weg. Daar is geen twijfel over mogelijk. Ik heb dat zelf al een paar keer aangegeven. Naar aanleiding van een krantenartikel is hier namelijk al eerder discussie over geweest. Hier mag echt geen misverstand over ontstaan.

De **voorzitter**:
Mevrouw Ellemeet, u hebt maar drie interrupties. Dat weet u.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Ik wil hier toch even op doorgaan, voorzitter. In theorie hebben mensen altijd recht op de zorg die ze nodig hebben. In de praktijk is er een budgetpolis waarbij er beperkt gecontracteerd is, en waarbij patiënten en soms ook zorgaanbieders er niet van op de hoogte zijn dat er doorverwezen kan worden. In de praktijk krijgen sommige mensen nu niet de zorg die ze nodig hebben. Dat is een gevolg van deze budgetpolis. Die heeft een werking die onwenselijk is, want hij is onduidelijk over het recht dat patiënten hebben op de zorg die ze nodig hebben.

De **voorzitter**:
Wat is uw vraag?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Mijn vraag is of de minister erkent dat van deze budgetpolis een werking uitgaat waarmee het er in de praktijk op neerkomt dat niet alle mensen, en zeker niet de mensen met een kleine portemonnee, de zorg krijgen die ze nodig hebben.

Minister **Schippers**:
Nee, dat werp ik echt verre van mij. Daar is een discussie over geweest, omdat het op een gegeven moment niet op de website van een zorgverzekeraar stond. Die heeft dat meteen hersteld. Wij hebben namelijk wettelijk met elkaar afgesproken dat je recht hebt op zorg als je die zorg medisch nodig hebt. Je kunt met iedere polis bij een arts komen die denkt dat hij het zelf wel kan, terwijl hij het misschien niet zelf kan. Dat kan. Dat heeft dan te maken met het oordeel van de arts. In Nederland heb je echter dat recht. Als mensen een bepaalde therapie nodig hebben die niet in Nederland te krijgen is, terwijl dat wel de stand van de wetenschap is, sturen we ze nu zelfs naar het buitenland. We hebben in de wet vastgelegd dat, als je medisch zorg nodig hebt en de zorgverzekeraar die zorg niet heeft ingekocht, je die dan kunt halen op basis van restitutie.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Een verzekerde die een budgetpolis heeft, heeft een beperkt aantal gecontracteerde aanbieders. Het gevolg is dat deze patiënt naar een ziekenhuis gaat waar artsen hem misschien niet de zorg kunnen geven die hij nodig heeft. Dat is een direct gevolg van deze polisvorm. In theorie heeft de arts de mogelijkheid om door te verwijzen, maar dat gebeurt in de praktijk niet altijd. Dit is een uitwerking van deze budgetpolis.

De **voorzitter**:
Wat is uw vraag, mevrouw Ellemeet?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Erkent de minister dit? Wil zij toegeven dat die praktijk onwenselijk is? Is zij het met mij eens dat het om die reden wenselijk is om de budgetpolis te schrappen?

Minister **Schippers**:
Nee. Ik ben wel van mening dat je bepaalde vormen van zorg, bijvoorbeeld borstkankerzorg, in veel te veel centra kunt krijgen. Ik ben van mening dat het heel goed zou zijn om dat eens te concentreren. Daartoe moedig ik verzekeraars aan. Patiënten kunnen op die manier niet in die centra terecht, maar alleen in een gecontracteerd centrum. Op die manier komen patiënten niet meer terecht in centra waar artsen operaties doen terwijl die artsen daar eigenlijk niet de nieuwste technologie beschikbaar hebben en niet goed op de hoogte zijn van die nieuwste technologie. Contractering is in ons systeem ook bedoeld om kwaliteitsafspraken te maken. Met de restitutiepolis kun je misschien wel overal terecht, maar daarin schuilt het gevaar dat je denkt dat je overal in Nederland dezelfde zorg krijgt. Dat is helaas niet zo. De ene zorgaanbieder is beter dan de andere. De ene zorgaanbieder is vaardiger dan de andere. De ene zorgaanbieder is meer gespecialiseerd dan de andere. Wat is er nu heel erg nodig? Het is heel erg nodig dat de patiënten daar meer zicht op krijgen. Hij moet daarbij veel meer kunnen meekijken en kunnen controleren. Hij moet ook het contracteringsbeleid van zijn zorgverzekeraar kunnen controleren doordat hij het inkoopbeleid van zijn zorgverzekeraar kan zien. Dat hadden we in het wetsvoorstel willen regelen. Dat is veel belangrijker. Het is absoluut aperte onzin dat je op een budgetpolis bepaalde zorg niet zou kunnen krijgen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik heb een procedureel punt, voorzitter. De minister sprak over een verzoek van haar aan de Nederlandse Zorgautoriteit om het aantal polissen te onderzoeken. Ik vind dat een goed verzoek. Zij zei echter ook dat zij de Kamer die brief ook had gestuurd. Ik heb hem gezocht, maar kan die brief gewoon nergens vinden. Zou de minister daarom voor ons even willen uitzoeken wanneer de Kamer die brief heeft ontvangen? Ik vind die brief wel op de site van de NZa, maar niet in het systeem van de Tweede Kamer.

Minister **Schippers**:
Ik heb die brief aan de NZa gestuurd. Hij zal dus op de website van de NZa staan. Die brief is dus wel publiek, maar is niet naar de Kamer gestuurd. Als de Kamer die brief wil ontvangen, kan ik hem alsnog sturen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Voorzitter, ik heb nog een procedureel punt. Dit is best wel belangrijke beleidsinformatie. De minister merkt namelijk dat alle Kamerleden zich zorgen maken over de hoeveelheid polissen. Ik zou verwachten dat een brief over zo'n politiek onderwerp ook naar de Kamer zou worden gestuurd. Dan had ik namelijk deze vraag niet hoeven te stellen. Ik had de minister dan zelfs op dat punt kunnen prijzen vanwege het feit dat zij dit actief wil oppakken.

Minister **Schippers**:
Dat is dus een ontzettend gemiste kans voor mezelf. In december heb ik dit inderdaad uitgebreid gewisseld in de Eerste Kamer. Dat klopt. Daar heb ik de brief helemaal langsgelopen. Daarin lag mijn veronderstelling dat dit met de Tweede Kamer ook gedeeld zou zijn. Ik zie nu dat de brief wel op de site staat, maar niet naar de Tweede Kamer is gestuurd. Ik zal die brief alsnog naar de Tweede Kamer sturen. Overigens heb ik nog geen antwoord op de brief gekregen, met daarin resultaten. Die had ik de Kamer zeker niet onthouden, omdat daaraan ook weer maatregelen vastzitten.

De **voorzitter**:
De Kamer krijgt deze brief alsnog. Daarmee is volgens mij uw vraag beantwoord, mevrouw Bruins Slot.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Dat klopt.

De **voorzitter**:
De minister vervolgt haar betoog.

Minister **Schippers**:
Ik heb ook meermaals een dienst op de ambulance meegereden. Ook ik vind dat altijd heel leerzaam. Ik ben met mevrouw Leijten van mening dat daar zeer professioneel en met veel passie wordt gewerkt, en dat het werk van hoge kwaliteit is. Ik vind dat net zo indrukwekkend als mevrouw Leijten. Op dat punt zijn wij het dus met elkaar eens.

De verzekeraars hebben op een gegeven moment plannen gemaakt om ook de kwaliteit van de spoedeisende hulp te verhogen. Die plannen zijn eigenlijk nooit concreet geworden of gematerialiseerd, omdat de ACM eigenlijk heeft aangegeven dat de verzekeraars dat niet gezamenlijk mogen doen. Vervolgens hebben de zorgverzekeraars besloten om het Kwaliteitsinstituut de volgende vraag te stellen. Als wij niet zelf en gezamenlijk door middel van inkoop de kwaliteit van die spoedeisende hulp kunnen verhogen, kunt u dan voor ons die kwaliteitstandaarden en -criteria opstellen, op basis waarvan wij dan kunnen inkopen? Daarmee is het Kwaliteitsinstituut bezig. Als antwoord op een vraag van mevrouw Dijkstra zeg ik dat het Kwaliteitsinstituut aan het einde van dit jaar die kwaliteitscriteria moet hebben. Op basis daarvan kunnen de zorgverzekeraars dan die spoedeisende hulp gaan inkopen.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Kan de minister ervoor zorgen dat de analyse van waar de kwaliteit niet op orde is en waar wellicht een overschot is in de spoedeisende hulp, dus datgene wat de basis is geweest voor het maken van deze plannen, naar de Kamer komt?

Minister **Schippers**:
De Kamer heeft ooit een analyse gekregen van de Gezondheidsraad, die heel grote stappen wilde nemen in de spoedeisende hulp. Dit zou betekenen dat in heel veel landelijk gebied problemen kwamen met de spoedeisende hulp. Dat betreft met name de acute verloskundige zorg. Die analyse hebben wij niet overgenomen. Wij zijn nu bezig met het vaststellen van criteria. Die worden vastgesteld door patiënten, door aanbieders en door verzekeraars gezamenlijk bij het Kwaliteitsinstituut. Wat eruit komt is publiek en wordt gepubliceerd. Op basis daarvan kunnen de zorgverzekeraars inkopen.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Het ontbreekt ook hier, net als bij de afbouw van het aantal bedden in de ggz, aan een analyse van waar de kwaliteit niet op orde is en waar te veel aanbod is. Ik vind dat we het daar wel over moeten hebben. Ik maak mij eerlijk gezegd zorgen dat er enerzijds zorgverzekeraars zijn die vinden dat het allemaal wel minder kan en dat die anderzijds aan tafel zitten om zogenaamde kwaliteitsnormen te maken. Dat wekt toch de indruk dat zij via zogenaamde kwaliteitsnormen hun macht kunnen inzetten, waarbij ze straks hun macht ook weer kunnen gebruiken bij de inkoop? Ik zou graag een analyse zien van waar de spoedeisende hulp niet orde is, van welke spoedeisendehulpposten op welke punten niet op orde zijn en van de gevolgen van het terugbrengen van het aantal spoedeisendehulpposten. Ook wil ik weten wat het doel is van die teruggang en hoeveel procent er weg moet. Dat behoort publieke informatie te zijn. Als die er niet is, wil ik dat de opdracht die de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut hebben gegeven aan de Kamer wordt gestuurd, zodat zij eventueel tegen het Zorginstituut kan zeggen dat het wat de Kamer betreft rekening moet houden met andere factoren.

Minister **Schippers**:
Het doel is niet geweest om het aantal spoedeisendehulpposten terug te brengen, maar om de kwaliteit van de spoedeisende hulp te verhogen. Je kunt beter in één keer naar een spoedeisendehulppost gebracht worden waar de kennis over jouw aandoening helemaal up-to-date is in plaats van dat je eerst bij een verkeerde spoedeisendehulppost komt die meer basis-spoedeisende hulp biedt. Er zijn al allerlei onderzoeken naar gedaan. Op basis daarvan zijn de zorgverzekeraars aan de slag gegaan. Dat heeft de ACM afgekeurd. Vervolgens is het Kwaliteitsinstituut ingeschakeld en hebben partijen gezamenlijk een voorstel gedaan voor indicatorensets voor vijf van de zes aandoeningen die genoemd staan in het visiedocument van Zorgverzekeraars Nederland. Dat is overigens een openbaar document. Geboortezorg is toen on hold gezet in verband met de op te leveren zorgstandaard geboortezorg, halverwege 2015. De ingediende indicatorensets zullen worden voorgelegd aan de expertgroep van de Adviescommissie Kwaliteit van Zorginstituut Nederland. Naar verwachting zal dit traject dit najaar zijn afgerond.

Daarnaast faciliteert Zorginstituut Nederland het proces van het gezamenlijk opstellen van een algemeen kwaliteitskader voor de spoedzorg. Het overleg met alle betrokken organisaties is gestart. Verwacht wordt dat dit jaar ook nog een gezamenlijke visie op kwaliteit van de spoedzorg is gerealiseerd. Ook die visie zal weer openbaar zijn. Zorginstituut Nederland heeft de zes aandoeningen op de eigen agenda gezet en roept het veld op om gezamenlijk standaarden te ontwikkelen. Voor deze zes aandoeningen is er al heel veel bruikbaar materiaal. De komende periode zal met de betrokken partijen worden nagegaan of wat er ligt volledig is en voldoet aan de criteria, zoals tripartiet draagvlak. Het gaat niet alleen op basis van inhoud, maar ook op basis van betrokkenheid van alle partijen.

Mevrouw Leijten heeft mij gevraagd om te reageren op het onderzoek van Numbeo, waarin Nederland op nummer 17 staat. Numbeo is een internetorganisatie die internetdata en meningen verzamelt en is gevestigd in Servië. Het is waar dat Nederland daarin niet aan de top staat en Japan en Frankrijk wel. Numbeo komt aan de gegevens door bezoekers van de website een vragenlijst te laten invullen. Wat blijkt? Er is geen sprake van een aselecte steekproef, er is geen objectieve informatie en er zijn heel weinig respondenten, namelijk 51 deelnemers uit Nederland over drie jaar, 16 deelnemers uit Japan over drie jaar en 53 deelnemers uit Frankrijk over drie jaar. Zij hebben dus de score bepaald van die nummer 17.

Vervolgens vraagt mevrouw Leijten wat ik vind van het tekenen bij het kruisje. Bij de evaluatie van de Wmg en van de Zorgverzekeringswet hebben we de analyse kunnen zien dat de ziekenhuizen veel macht hebben ten opzichte van zorgverzekeraars. De zorgverzekeraar staat daar eigenlijk op afstand. In Nederland leeft altijd het beeld dat zorgverzekeraars veel macht hebben, maar dat is niet zo in de tweede lijn. In de eerste lijn is het omgedraaid. Daar hebben zorgverzekeraars heel veel macht ten opzichte van de individuele beroepsbeoefenaar.

Ik heb toegezegd om een reactie te geven op deze evaluatie, maar ik heb al eerder gezegd dat ik op zoek ben naar een ander model van contractering. Ik ben in overleg over de vraag hoe wij het zo kunnen krijgen dat er een kwaliteitsuitwisseling is. Je kunt geen gesprek aangaan met 8.500 huisartsen en zoveel duizend psycho- en fysiotherapeuten. Dat is fysiek onmogelijk. Hoe kun je dat kwaliteitsaspect in die onderhandelingen krijgen? Daar kom ik nog op terug bij de Kamer.

Mevrouw Leijten heeft ook gevraagd wat ik vind van het conflict tussen DSW en ZN. Daar vind ik niets van. ZN is een private club, die een lid heeft. Ik weet niet of zij een conflict hebben. Ik heb het idee dat zij niet de beste vrienden zijn, maar ik sta daar buiten. Ik geef daar verder geen reactie op.

Mevrouw Leijten heeft ook gevraagd wat ik vind van een International Health Policy Survey door het Commonwealth Fund. Dat is niet een onderzoek in opdracht van VWS. Dat is een onderzoek waaraan wij financieel meebetalen opdat er reviews kunnen worden gedaan. Dat doen wij bij Commonwealth, maar ook bij de OECD. Dat gebeurt niet in opdracht van ons, maar wij bieden wel die mogelijkheid, zodat zij hun werk kunnen doen.

Ik heb met de Kamer afgesproken dat wij voor de zomer met resultaten komen van het onderzoek naar zorgmijding, dat wij doen samen met de patiënten en de huisartsen op basis van microdata en gegevens uit Nederland.

Wat vind ik ervan dat Achmea geen contract heeft met de beste Nederlandse kankercentra? Als Achmea geen contract heeft met een zorgaanbieder die zorg geeft die medisch noodzakelijk kan zijn, maar die wel wordt geboden door een andere die gecontracteerd is, dan zal Achmea uiteindelijk een restitutievergoeding moeten betalen.

Mevrouw **Leijten** (SP):
We hebben veel discussie gehad over zorgmijders in Nederland. Misschien citeer ik de minister verkeerd, maar zij heeft gezegd over een noodkreet die de huisartsen daarover slaakten: zij hebben misschien niet het juiste perspectief op de werkelijkheid omdat zij alleen maar patiënten zien en daardoor zien zij meer zorgmijding. Dat is een beetje

geparafraseerd wat de minister zei. Zij wil eigen onderzoek gaan doen, maar er lag al een wetenschappelijk onderzoek, namelijk dat onderzoek dat niet in haar opdracht was, maar waar zij aan mee heeft betaald, van het Commonwealth Fund. Dat stelt vast dat een op de vijf afziet van zorg vanwege de kosten, namelijk 22%. Bij 16% van de mensen vond die afweging plaats nadat zij van de arts te horen hadden gekregen dat het goed zou zijn als zij zich verder zouden laten onderzoeken of behandelen. Was de minister daarvan op de hoogte of had zij geen kennis van dit rapport?

Minister **Schippers**:
Het is zo jammer dat ik mij nooit herken in de samenvatting die mevrouw Leijten geeft van mijn woorden, ook al waren zij een tijdje geleden. Het is niet zo dat ik badinerend heb gezegd dat huisartsen het niet weten of dat zij een selectieve blik hebben op de werkelijkheid. Er zijn verschillende aanleidingen. Een daarvan is dat de LHV een onderzoek heeft gedaan. Een andere is dat er telefonisch onderzoek is gedaan onder mensen. Je kun je afvragen of het daadwerkelijk zo is. Er zijn wel signalen, want die mensen die telefonisch geïnterviewd zijn, geven aan dat er misschien wat aan de hand kan zijn. Er is door verschillende Kamerleden aan mij gevraagd om zicht te krijgen op zorgmijding. Al die signalen hebben ertoe geleid dat wij afspraken hebben gemaakt over dat onderzoek; met wie ik dat doe, namelijk met de huisartsen en met de patiënten en op basis van welke gegevens.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Dat is geen antwoord op mijn vraag. Dit rapport is van 2013. Daar had de minister kennis van kunnen hebben, want wij hebben deze discussie in het najaar van 2014 gevoerd. Zij heeft wel degelijk gezegd dat zij vond dat de vraagstelling in de enquête van de huisartsen verkeerd was en dat die misschien niet tot een betrouwbare uitkomst leidde. Toen lag dit er al wel. Wij kunnen heel lang discussiëren over de vraag welk stelsel wij hebben, maar 22% is te veel, echt te veel. Wist de minister dat dit rapport er lag? Waarom is het dan nodig om verder onderzoek te doen? Ik stel vast dat tijdens het doen van het onderzoek het eigen risico gewoon verhoogd werd. Dat is niet on hold gezet. Wist de minister van de cijfers in dit onderzoek?

Minister **Schippers**:
Dit is geen verhoging van het eigen risico geweest maar een indexatie. In de wet is vastgelegd dat wij dat ieder jaar doen op basis van toegenomen kosten et cetera. Er ligt dus geen actieve verhoging aan ten grondslag. Wij hebben alleen de wet uitgevoerd.

Bovendien is dit een rapport van 2013. Wij hebben er in 2014 met elkaar discussies over gevoerd. Dit is een indicatie, meer niet. Het is een telefonisch interview dat met mensen is gehouden. Daarnaast zijn er signalen geweest van de Landelijke Huisartsen Vereniging en er zijn politici die het mij hebben gevraagd. Ik heb gezegd dat ik naar aanleiding van al deze signalen onderzoek ga doen en voor de zomer met het resultaat kom.

Er is gevraagd of ik wil stoppen met de naturapolis. Wij hebben in Nederland een systeem waarin zorgverzekeraars moeten inkopen op prijs en kwaliteit. Doordat zij dat doen, krijg je een verhoging van kwaliteit en een beperking van de prijs. Als wij dat niet zouden doen, zou de overheid prijsafspraken moeten maken, want als je overal zo naartoe kan, moet je maximumprijzen invoeren. Wie bepaalt anders de prijs? Als een aanbieder zelf zijn prijs kan bepalen en er is niemand die dat te duur vindt, krijgen wij een kostenprobleem. Ergens moet er een verhouding zijn waarbij je zegt hoe de prijs tot stand komt. Dat is niet omdat de verzekerde ergens naartoe gaat, want die heeft dat uitbesteed aan de verzekeraar. Deze doet de prijsonderhandelingen en de onderhandelingen ten aanzien van het pakket en wat er extra gebeurt. Dat is het systeem en dat is de ruggengraat van ons zorgverzekeringssysteem. Ik ben dus niet van plan om die ruggengraat af te schaffen.

Ik ken het citaat dat mevrouw Klever heeft genoemd. Dat is inderdaad onderdeel van het succes. Er zitten overigens plussen en minnen in. Ondanks het feit dat wij op één staan met de hoogste score ooit, staat er ook in het rapport waar wij zouden kunnen verbeteren. Nederland heeft niet echt zwakke punten — daarom scoren wij zo hoog — maar wij kunnen op een aantal punten nog wel verbeteren. Dat staat ook in het rapport. Een van de belangrijke dingen is dat in de spreekkamer tot stand komt waar en hoe de zorg gegeven wordt, wat nodig is en wat niet. Dat vind ik een belangrijk goed. Of wij nu naturapolissen hebben of een aanpassing van artikel 13, aan die communicatie in de spreekkamer over welke behandeling wordt gekozen komt geen verzekeraar, politicus of andere financier te pas. Ik ben er trots op dat wij dat zo geregeld hebben en zou het ook niet anders willen regelen.

Mevrouw **Klever** (PVV):
Welke behandeling gekozen wordt, bepalen de arts en de patiënt, tenminste dat zou zo moeten zijn. Er komt echter wel degelijk de verzekeraar tussen, want die heeft allerlei targets en beloningsplannen voor het voorschrijven van bepaalde preferente medicijnen. Als je een bepaalde target haalt, krijg je een bonus. Haal je die niet, dan staat er een sanctie op. De verzekeraar zit dus wel degelijk in de spreekkamer.

Minister **Schippers**:
Nee, als er een medische indicatie is waarom je een spécialité zou moeten slikken, heb je die medische indicatie en dan kun je die spécialité gewoon krijgen. Dan maakt het niet uit welke polis je hebt. Als een generiek middel dat goedkoper is, voldoet, is dat zinnige en zuinige zorg. Dan zie ik niet in waarom je eenzelfde duur middel zou moeten hebben. Als je een medische indicatie hebt omdat je bijvoorbeeld niet tegen het vulmiddel kunt of anderszins een reactie op het generieke middel hebt, heb je wel degelijk recht op een spécialité. We moeten er ook voor zorgen dat het betaalbaar blijft. U hebt het in uw betoog vaak over de premiebetaler. Die premiebetaler moet niet meer betalen dan nodig is. Toch moeten we zorg hebben die van goede kwaliteit is. Dat doen we ongeacht de portemonnee. Of je nu een grote of een kleine portemonnee hebt, in Nederland lig je gewoon naast elkaar in een ziekenhuisbed en komt dezelfde arts bij je langs. Ik hecht zeer aan dit systeem en ik wil het ook graag in stand houden.

Mevrouw **Klever** (PVV):
Hoe kijkt de minister dan aan tegen de bonussystemen die de zorgverzekeraars artsen voorhouden? Hoe kijkt de minister aan tegen de sanctiesystemen? De arts wordt geacht een bepaald percentage van een bepaald medicijn voor te schrijven. Stel dat die arts toevallig wat meer patiënten heeft die niet tegen een generiek medicijn kunnen en bij wie sprake is van een medische noodzaak. Daar zou toch geen bonus of sanctie van de zorgverzekeraar tegenover moeten staan?

Minister **Schippers**:
Dat is niet de zorgverzekeraar, dat zijn wij. Wij hebben allemaal financiële targets gesteld. Vervolgens kunnen we verschillende dingen doen. We moeten het pakket kleiner maken, het eigen risico omhoog brengen of in het systeem meer doen voor minder geld. Dan is het toch zonde dat bepaalde artsen helemaal niet generiek voorschrijven terwijl ze dat wel kunnen? Wij hebben afspraken gemaakt met huisartsen dat ze, als het kan, generiek voorschrijven. Als het niet kan, is een specialité echter altijd mogelijk. Dat komt gewoon uit deze Kamer. Wij moesten 1,5 miljard uit het pakket halen. Daarnaast kwam de minister van Financiën ook nog eens met 1 miljard. Er waren regeerakkoordafspraken. We hebben echter gezegd: we gaan het nu eens niet bij de patiënt halen maar uit het systeem. Dat is precies wat hier gebeurt. Het pakket is niet kleiner geworden en het eigen risico is niet verhoogd. Door dit soort maatregelen hebben we het niet over de rug van de patiënt gehaald maar uit de doelmatigheid van het systeem. Dat staat in menig verkiezingsprogramma.

We hebben meerdere malen gesproken over de reserves. Ook dat komt voornamelijk uit dit huis, namelijk Solvency II. Verzekeraars moeten meer reserves aanhouden. Wij hebben dat hier afgesproken. Eerst was dat 11%, nu gaat het van 15% tot 17%. Dat is een forse verhoging. Daarbij zijn ook definities gehanteerd die meer reserves vragen. We kunnen dus heel erg afgeven op een verzekeraar die dit doet, maar wij maken hier de regels. Als zij er niet aan voldoen, staat de Nederlandsche Bank op de stoep.

Mevrouw **Klever** (PVV):
Als we de Solvency II-eisen aanhouden, hebben de zorgverzekeraars nog 3 miljard euro te veel aan reserves op de plank liggen. Vindt de minister dat dit bedrag van 3 miljard euro bij de zorgverzekeraars op de plank moet blijven liggen of vindt zij dat dit terug moet naar de premiebetaler?

Minister **Schippers**:
Uiteindelijk komt het ten goede aan de mensen die ervoor betalen. Wij hebben namelijk geen zorgverzekeraars die winst uitkeren. Misschien houden zij die buffer aan, omdat zij denken dat de politiek de wijkverpleegkundige nog gaat overhevelen. Daar moeten zij dan een extra buffer voor aanhouden. Er kan ook een Solvency II aankomen waarbij het niet zo is dat ze allemaal standaard dezelfde reserves moeten aanhouden, maar waarbij een verzekeraar met meer kwetsbare verzekerden meer reserves moet aanhouden. Misschien wil een zorgverzekeraar daar even goed op letten. Dat vind ik niet onverstandig. Als hij die reserve niet nodig heeft, zal het uiteindelijk wel weer teruggaan naar de premiebetaler. Ook dit jaar hebben we gezien dat reserves zijn ingezet om de premie naar beneden te drukken. VWS had zelf een veel hogere raming voor de premie. Ik vind het belangrijk dat de zorgverzekeraar er transparant over is. Daarom hebben we, ook op verzoek van deze Kamer, verzekeraars gevraagd om op hun site te laten zien wat ze van de premie in reserve houden, wat teruggaat naar de premiebetaler en wat ze uitgeven aan zorg.

Mevrouw **Klever** (PVV):
De zorgverzekeraars hebben 10 miljard euro aan reserves. De Nederlandsche Bank heeft eisen gesteld. Solvency II heeft eisen gesteld. Opgeteld komt dat neer op 7 miljard euro. Dan is er dus 3 miljard te veel. Wat doen zorgverzekeraars daarmee? Zij gaan beleggen. Op die beleggingen lopen ze een risico. Dat geld hoort gewoon terug te gaan naar de zorg. De minister zegt dat ze het hebben teruggegeven. Kan de minister dan in een brief aan de Kamer precies aangeven hoeveel van die reserves in een teruggave van de premie zijn gegaan? Hoeveel lager is de premie dan geworden dankzij deze teruggave? We hebben deze discussie al heel vaak gevoerd. De minister blijft elke keer zeggen dat het geld teruggaat naar de premiebetaler, maar de premie is alleen maar omhooggegaan. Kan de minister in een brief aan de Kamer exact uit de doeken doen hoe dat geld is teruggegaan naar de premiebetaler?

Minister **Schippers**:
De premie is omhooggegaan, maar de wijkverpleegkundige is ook naar de Zorgverzekeringswet gegaan. Het moet ergens van betaald worden en dat wordt uit de premie betaald. Dat doen wij in vijf stappen op de premie met een rijksbijdrage. Ik heb de premie onderbouwd en ik heb uitgelegd waardoor de premie is gestegen. Ik hoef echter niet te laten zien waar het naartoe is gegaan, want dat kunt u zelf zien. Bij elke verzekeraar is op de site te zien hoeveel zij uit de reserve hebben gehaald en bij de premie hebben gedaan. We hebben daarover afspraken gemaakt met de zorgverzekeraar en u kunt dat op de site van elke zorgverzekeraar zien.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Het zou op de site moeten staan, maar het is bijna onvindbaar; daar is nog een wereld te winnen. Ik hoor de minister echter zeggen dat ook met Solvency II misschien nog nadere eisen worden gesteld. Als je als zorgverzekeraar een kwetsbare verzekerdenpopulatie hebt, worden er misschien nadere eisen aan je gesteld. Dat is vanuit de financiële techniek misschien begrijpelijk, maar vertaald naar zorgverzekeringen is dat weer een extra risico op risicoselectie. In hoeverre kijkt de NZa mee naar dit vraagstuk?

Minister **Schippers**:
Hierin is de minister van Financiën samen met de Nederlandsche Bank erg dominant. Zij hebben daar een grote stem in. Zij zitten erbij en zij bepalen wat die eisen zijn. Het is een weging: wil je dat die populatie wel of niet meetelt? Je kunt argumenteren dat dit door de risicoverevening niet per se zou moeten, maar die redenering is niet overgenomen. Dat wordt internationaal bepaald. Het zijn besprekingen waarin de financiële kant van ons kabinet en onze samenleving uiteindelijk de besluiten nemen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Dat begrijp ik, maar ik wil wel graag dat dit extra risico op risicoselectie wordt meegenomen door de NZa.

Minister **Schippers**:
Nee, dat is de Nederlandsche Bank!

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Ja, de Nederlandsche Bank houdt financieel toezicht, maar de NZa kijkt hoe het met de risicoselectie en het vereveningssysteem zit en wat mogelijk nieuwe risico's zijn die op ons pad komen. Daar is dit er een van. Als dit Europees besloten wordt, hebben we aan de zorgverzekeringskant een extra risico. Aangezien zij met de minister van Financiën nog een brief stuurt over een aantal vraagstuk rondom Solvency, verzoek ik de minister dat daarin mee te nemen.

Minister **Schippers**:
Ja, dat zal ik doen. Over dit besluit had de NZa overigens niets te zeggen, maar ik zal dat in de brief meenemen.

Mevrouw Klever heeft een vraag gesteld over de transparantie en het Kwaliteitsinstituut. Ik deel met haar de urgentie dienaangaande. Dat is ook waarom het jaar van de transparantie is uitgeroepen. Ten aanzien van haar opmerking dat de inkoopvoorwaarden openbaar moesten zijn, moet ik haar melden dat dit in een wetsvoorstel stond dat is verworpen.

Mevrouw Bouwmeester vraagt hoe we op korte termijn de impasse kunnen doorbreken. Dit is een onderdeel van de agenda van het jaar van de transparantie. De Kamer krijgt die agenda zeer binnenkort. Daarin gaat het met name in de eerste helft van dit jaar om het bundelen van wat er al is. Er is inderdaad heel veel, zoals mevrouw Ellemeet dat eigenlijk al zei. We kunnen dat veel beter gebruiken. De zorgverzekeraars kunnen dat veel beter vinden en al gedeeltelijk op inkopen, maar de patiënt kan het niet vinden. Als hij het al kan vinden, kan hij het niet begrijpen.

Ik kom op de invloed van de verzekerden op de verzekeraars. Dat was onderdeel van de wet waar ik later op terugkom. Gevraagd is of ik de legitimiteit van de verzekeraars herken en hoe die hersteld kan worden. Ik denk dat dit gedeeltelijk te maken heeft met de politieke opgave die wij aan de verzekeraars hebben gesteld. Dat is een extra druk uit het systeem. Daar word je niet populair van bij aanbieders, want je zegt dat ze meer moeten doen voor minder. Dat staat in de hoofdlijnenakkoorden en wij zijn daar zelf dus ook debet aan. Er zijn echter ook wel lessen te leren in de manier waarop verzekeraars in de contractering zich opstellen. We zien daar grote verschillen tussen verzekeraars. Ook daar zijn dus wel verbeteringen mogelijk.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Ik heb een vraag over de invloed van verzekerden op zorgverzekeraars. De ChristenUnie vindt het heel belangrijk dat zorgverzekeraars weer echte coöperaties worden. Wij hadden een amendement op ingediend om het in de wet te verankeren. Die wet is er nu niet. Wel heeft de Eerste Kamer een motie van het lid Kuiper aangenomen, waarin ook gesproken wordt over de invloed van verzekerden. Volgens mij is er op dit moment dus niets wat de minister belet om hiermee aan de slag te gaan en hierover het gesprek te voeren. Ik zou eigenlijk willen vragen: waar wacht zij nog op?

Minister **Schippers**:
Dat wetsvoorstel is verworpen. Daar stond het overigens niet in; het zou een AMvB zijn. Dat wetsvoorstel is verworpen. Er wordt nu op een rij gezet hoe wij de belangrijke doelstellingen die dat wetsvoorstel had, kunnen realiseren. Daar kom ik zo snel mogelijk bij de Kamer op terug.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Ik refereer nogmaals aan de motie die door de Eerste Kamer is aangenomen. Het wetsvoorstel is verworpen, maar er is ook een motie aangenomen. Daar zit absoluut de positie van de verzekerde in.

Minister **Schippers**:
Dat begrijp ik. U hebt ook mijn reactie op die motie gezien.

Ik kom op het provisieverbod. Er is gevraagd of ik actie wil ondernemen op het aantal polissen. Dat was de eerste vraag van mevrouw Bruins Slot. Daarop heb ik antwoord gegeven. Ik was in de veronderstelling dat de Kamer die brief had, dus mijn excuses daarvoor.

Er is een vraag gesteld over Apeldoorn. Ik heb gezegd — eigenlijk geldt dat ten aanzien van welk ziekenhuis dan ook — dat je, als je een polis hebt waarin een bepaald ziekenhuis niet gecontracteerd is, die zorg toch op redelijke afstand zult moeten krijgen. Dat vergt de wet immers en daarin heeft de zorgverzekeraar een zorgplicht.

De zorgaanbieder heeft geen inzicht in de polis. Mevrouw Bruins Slot vroeg naar de unieke zorgverzekeraarsidentificatiecode (uzovi-code): moet iedere polis niet een eigen uzovi-code krijgen opdat de zorgaanbieder weet welke polis de patiënt heeft? Zorgverzekeraars Nederland maakt momenteel een portaal voor zorgaanbieders, waarin de patiënt gekoppeld kan worden aan de polis die hij heeft. Dat proces loopt en dat zal dit jaar klaar zijn.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
De minister beantwoordde net een vraag van mij, maar ik had eigenlijk een andere vraag gesteld. Mijn specifieke vraag was: kan een zorgverlener iemand doorverwijzen naar een niet-gecontracteerde zorgverlener als daar een medische noodzaak toe is en wordt dat dan vergoed?

Minister **Schippers**:
Als in de polis geen zorgaanbieder staat die ook kan voorzien in die medische noodzaak, kan hij daar gewoon naar doorverwijzen en moet het worden vergoed.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Een zorgverlener die normaal gesproken contact heeft met het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis, kan dus, ondanks het feit dat er een medische noodzaak is, niet doorverwijzen naar dat ziekenhuis als er een ander academisch ziekenhuis

gecontracteerd is dat diezelfde zorg levert. Hoe kom je er dan achter dat je niet die uitzondering bent?

Minister **Schippers**:
Als de zorgverzekeraar bepaalde zorg elders heeft gecontracteerd en als die zorg ook binnen redelijke afstand en binnen redelijke termijn verkrijgbaar is, ga je naar die gecontracteerde aanbieder; dat is juist. Je kunt op je site zien wie er is gecontracteerd.

Ik ga in op de beschikbaarheid, de beleidsregels en de vraag hoe het zit met dat rapport. Dat hebben wij nog niet van de NZa gekregen. De NZa heeft ons laten weten dat het rapport in de tweede helft van januari komt. Voor 1 maart zal ik zelf een visie geven op krimpregio's. Ik zal proberen om dat met elkaar te schakelen, zodat we de opbrengst van het onderzoek nog wel kunnen betrekken bij die nota.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Het gaat hier om het ZorgSaam Ziekenhuis en het Gemini Ziekenhuis. De minister weet dat het allebei gevoelige ziekenhuizen zijn: ze vallen onder de 45-minutennorm. Het gaat hier om de verstrekking van de bijdrage over 2012 en 2013. Dat is essentieel geld dat de ziekenhuizen nodig hebben om overeind te blijven. Waarom duurt het zo lang?

Minister **Schippers**:
De verzekeraar zal dat gewoon moeten betalen. Hij moet ervoor zorgen dat die spoedeisende hulp daar te krijgen is. De beschikbaarheidsbijdrage is een beslissing. Ik maak de regeling van de beschikbaarheidsbijdrage. Dat is een politieke regeling. Verder gaat dat naar een zelfstandig bestuursorgaan, dat onafhankelijk is, zoals u weet. Sterker nog, u wilt dat het nog onafhankelijker is. Het zbo beslist hoe de regeling wordt uitgevoerd. Het zbo heeft besloten dat zij anders wordt uitgevoerd. Ik heb daar vragen over gesteld. Ik heb gezegd: het is een politieke regeling; u gaat die ineens anders uitvoeren; ik wil daar wel een analyse bij hebben. Die analyse, zo heeft het zbo mij laten weten, krijg ik later dan ik had gevraagd. Daar heb ik dan toch op te wachten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
De doelstelling van de regeling was altijd om juist dit soort ziekenhuizen te helpen omdat we vinden dat mensen in de regio even goede zorg nodig hebben als mensen die in een stad wonen. Ik vind het dan echt onbestaanbaar dat de Nederlandse Zorgautoriteit vier maanden zit te wachten voordat ze met een goed advies komt. Als de doelstelling van de regeling niet goed is uitgewerkt in de beleidsregels, moeten we de regeling politiek dan niet zo gaan invullen dat de beslissing niet anders kan worden dan dat we dit soort ziekenhuizen ondersteunen omdat men daar gewoon goede zorg moet leveren?

Minister **Schippers**:
Mevrouw Bruins Slot koppelt twee dingen aan elkaar. De NZa heeft gezegd dat de verzekeraar dit moet betalen, omdat die een zorgplicht heeft. Als de verzekeraar daar dus een kritisch ziekenhuis heeft, er is 45 minuten afstand en de zorg is cruciaal, dan moet hij gewoon de kosten betalen. Ik heb eerder gezegd dat ik daar een beschikbaarheidsregeling voor heb. Zij zeggen daar: dat is overbodig, want de zorgverzekeraar moet gewoon betalen. Vervolgens heb ik gevraagd: geef me nu eens een analyse waarin staat welk effect dit heeft op de sector en op het level playing field van verzekeraars en ziekenhuizen. Ik heb daarvoor een onafhankelijke toezichthouder. Mevrouw Bruins Slot heeft meer dan eens aan de interruptiemicrofoon benadrukt hoe onafhankelijk die is. Ik heb gevraagd of het sneller kan. De NZa heeft gezegd: nee, wij kunnen dat in februari. Ik kan geen ijzer met handen breken. Ik zal daar gewoon netjes op moeten wachten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Even een punt van orde. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft twee taken: een toezichtstaak en een beleidstaak. We roepen inderdaad dat het van belang is dat de toezichtstaak onafhankelijk moet zijn. Ook over de beleidstaak hebben we gezegd dat we op een aantal punten moeten kijken naar de onafhankelijkheid. Het lijkt me goed om dat wel even te noteren, want de minister gooit nu ook twee dingen op een hoop. Het leek me dus goed om dit even toe te lichten.

Minister **Schippers**:
Mevrouw Bruins Slot heeft ook gezegd dat de minister niet gaat over de toepassing op individuele gevallen. Daar hebben we echt de NZa voor.

De **voorzitter**:
Ik wil een opmerking maken. Een punt van orde moet wel een punt van orde zijn. Dit was meer een feitelijke opmerking. Dat wil ik wel genoteerd hebben in de Handelingen. Dit was niet echt een punt van orde. Dat gaat over andere zaken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Uw opmerking is helemaal terecht, voorzitter. Het was inderdaad een feitelijke opmerking. De beschikbaarheidsbijdrage is echter een generieke regeling.

Minister **Schippers**:
Nee, de beschikbaarheidsbijdrage is een algemene regeling die door mij is opgesteld en die individueel wordt uitgevoerd door de NZa. Zij beslist of iemand recht heeft op die regeling of niet.

Mevrouw Dik-Faber vroeg of artsen geen meerjarenafspraken kunnen maken, bijvoorbeeld in contracten? Dat kan. Zij vroeg ook: is er op dat punt niet meer mogelijk? Ik kan haar zeggen dat er momenteel ook langjarige contracten worden gesloten. Dat kan zeker voordelen hebben. Het geeft ook langjarige zekerheid. Daar wordt dus inderdaad inmiddels meer gebruik van gemaakt.

Ik kom op de Good Contracting Practices. Wordt het geen tijd om stevige afspraken over contractering te maken? Ja, dat is zo, maar ik denk dat het onderdeel van het wetsvoorstel waarin staat dat er helderheid moet zijn over de inkoopvoorwaarde — als ik mij niet vergis, heeft mevrouw Dik-Faber of mevrouw Dijkstra daar een amendement voor

ingediend — natuurlijk wel heel belangrijk is. Ik zal daar nader op ingaan naar aanleiding van het wetsvoorstel.

Ik ben het ermee eens dat cadeautjes abject zijn. Die cadeautjes zijn inderdaad flauwekul. Ik ben van mening dat je een zorgpolis moet kiezen op basis van een zorgpolis. Cadeautjes zijn gordijntjes die eromheen worden gehangen. Je ziet dat dit in heel veel sectoren in de samenleving wordt gedaan. Het gaat natuurlijk om de echte polissen en niet om de vraag of je daar al dan niet condooms bij krijgt.

Er werd gevraagd om een onafhankelijke vergelijkingssite. Er is destijds veel gediscussieerd over de vraag of de overheid of het veld de vergelijkingssite moet maken. Er is toen gezegd dat het veld het beter kan. Dat is heel goed in het maken van vergelijkingssites. Dat doet het ook op allerlei andere terreinen, dus waarom zou het dat niet voor de zorg doen? Naar aanleiding van dit besluit en de situatie zoals we die hebben gezien, hebben de AFM en de NZa gekeken of er bij de vergelijkingssite verbeteringen mogelijk zijn. Ook daar kom ik later op terug.

Een volgend punt is de spoedeisende hulp en de concentratie daarvan. Ik ben het helemaal eens met de opmerking van mevrouw Dik-Faber dat niet concentratie het doel is, maar kwaliteitsverbetering. Je gaat niet concentreren om te concentreren. Liever niet! Als het niet hoeft, doen we het liever niet. Maar we doen het wel als het voor de kwaliteit noodzakelijk is. Daarbij is de mening van de gemeente en de burgers van groot belang. Ik vind het van nog groter belang dat er een goede verdeling is van bepaalde specialistische spoedeisende hulp, ook over Nederland. Basis spoedeisende hulp is in heel veel gevallen afdoende, bijvoorbeeld bij een simpele beenbreuk, maar die is in een heleboel gevallen ook niet toereikend. Dat blijkt ook uit de analyses die eronder liggen. We moeten kijken wat er op dat gebied nodig is voor Nederland. Zorginstituut Nederland en het tripartiete overleg onderzoeken welke slagen er op dat gebied gemaakt zouden moeten worden. Ik kijk zeer uit naar de resultaten daarvan.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Ik wil nog even terugkomen op het punt van de huisartsen. Er is veel te doen geweest over de contractering van huisartsen. Ze hebben echt het gevoel dat ze invuloefeningetjes moeten doen, dat ze moeten tekenen bij het kruisje. Volgens mij zijn twee dingen nodig. Dat zijn allereerst goede contracteerpraktijken. Dat zijn de Good Contracting Practices. Ik heb op de website van de NZa gekeken. De informatie hierover is echt een jaar oud, dus volgens mij ligt het helemaal stil. Ik denk dat het kan helpen als er heldere spelregels voor komen.

Het tweede punt is waarschijnlijk een aanpassing in de Mededingingswet, omdat huisartsen een ongelijke positie hebben ten opzichte van zorgverzekeraars. Zijn dit ook de twee punten waar de minister mee aan de slag gaat?

Minister **Schippers**:
Nee, want de Mededingingswet kan ik niet zomaar aanpassen. Je kunt huisartsen ook niet zomaar een speciale status daarin geven. Dat is allemaal al veel eerder in andere debatten uitgezocht. Ik ga wel bekijken of je het via een weg zou kunnen doen waarbij je bepaalde categorieën op basis van kwaliteit maakt en waarbij je zegt: de ene huisarts valt in zo'n categorie en die doet er dit en dit en dit voor. Misschien kun je een manier vinden waarbij je ook de eigen richtlijnen en de dingen die huisartsen vinden laat meespelen in een bundeling van de huisartsen als het gaat om contractering. In die weg zoek ik het. Daar heb je ook geen aanpassing van de Mededingingswet voor nodig, want het gaat op basis van kwaliteit. Kwaliteit is in het belang van de verzekerde, dus dit mag ook. Als ik voorstellen doe, kan de Kamer ook verwachten dat ze in lijn zijn met de Mededingingswet.

De **voorzitter**:
Mevrouw Dik-Faber heeft een korte vervolgvraag.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Ik zit steeds een beetje te zoeken welke kant het precies opgaat. Zijn de huisartsen hiermee geholpen? Als een huisarts iets meer te bieden heeft, kan hij dat aanvinken en dan krijgt hij ook iets meer vergoed voor de praktijk, maar dat is niet de weg waarmee huisartsen geholpen zijn. Dat terwijl zij juist een cruciale positie hebben om de decentralisaties te laten slagen en om extra mensen aan te nemen voor de ouderenzorg. Ik ben dus nog niet helemaal overtuigd. Wil de minister dit nog een keer toelichten?

Minister **Schippers**:
Ik heb nog geen plannen daarover naar de Kamer gestuurd. Ik ben nog in overleg met de LHV over de vraag: hoe zien jullie het zelf en hoe zouden jullie het zelf anders en beter kunnen doen? Ik verzin niet een plan, maar ik zal samen met de LHV en met zorgverzekeraars bekijken hoe wij een modus kunnen maken waarin iedereen tot zijn recht komt. Zodra ik dat helemaal rond heb, zal ik dat ook naar de Kamer sturen. Maar wij zoeken wel naar een betere modus, omdat wij vinden dat de huidige situatie onwenselijk is en niet tot de beste resultaten leidt.

De **voorzitter**:
Bent u aan het afronden?

Minister **Schippers**:
Ik kom op de ziekenhuizen die overblijven. Ik vind ook dat er een dekkende zorginfrastructuur moet blijven.

Dan ben ik bij mevrouw Ellemeet. Ik doe de beantwoording per lid, voorzitter. Ik heb al een aantal vragen van haar behandeld. Er is overigens afgesproken dat, als er kwaliteitsindicatoren of anderszins standaarden en normen zijn opgenomen door het Kwaliteitsinstituut waar zowel patiënten, verzekerden als de beroepsgroepen aan meewerken, verzekeraars daarop inkopen. Dat was de vierde vraag van mevrouw Ellemeet.

Kan ik binnen één jaar de belangrijkste kwaliteitsnormen hebben? Het is ongelofelijk complex. Ik heb mij ook in het jaar van de transparantie weer verdiept in hoe complex het is. Maar ik kom eerdaags naar de Kamer met een plan. Dan kan zij daar een oordeel over hebben en aangeven wat zij van het plan inzake de transparantie vindt.

Er is gesproken over een bestuurlijk akkoord met betrekking tot de kwaliteit. Alle bestuurlijke akkoorden die ik heb afgesloten, hadden twee componenten. Kwaliteit was daar een heel belangrijke van. Er zijn heel veel afspraken gemaakt over kwaliteit. Dat doen wij nog steeds. Wij maken steeds nieuwe afspraken over kwaliteit. Het is dus niet nodig om daar een apart overleg over te houden, want het is integraal onderdeel van de overleggen die er al zijn.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
In de praktijk blijkt dat de kwaliteit wel wordt meegenomen, maar dat, als het er echt op aankomt bij de contracteringen en bij de onderhandelingen, de prijs domineert en dat de kwaliteit er nauwelijks toe doet. Erkent de minister dat haar invloed en de politieke opdracht die zij meegeeft aan het veld, dus aan de verzekeraars en aan de aanbieders, wel degelijk voor een versnelling kunnen zorgen in de ontwikkeling van de kwaliteit? Ik ben het met de minister eens dat het complex is. Dat weten we al jaren. Het blijkt altijd weer complexer dan we hopen. Daardoor krijgen we net niet de kwaliteitsinformatie die we willen. Is dat nou de schuld van de verzekeraars of de aanbieders? Het is zaak om op een daadkrachtige manier duidelijke, zakelijke afspraken te maken over kwaliteit en om de kwaliteit centraal te stellen. Volgens mij is deze minister daar heel goed toe in staat. Ik heb dit tot nu toe echter gemist in de afspraken die er zijn gemaakt. Zou de minister dit willen oppakken?

Minister **Schippers**:
Dit verwondert mij enorm, omdat ik de Kamer heb beloofd dat 2015 jaar van de transparantie wordt. 2015 wordt het jaar waarin versnelling wordt aangebracht in het verkrijgen van inzicht in kwaliteit. Ik ga het eerste halfjaar benutten om alles wat er is — en dat is heel veel — bij elkaar vindbaar te maken en begrijpelijk te maken. Ook wil ik ervoor zorgen dat mensen weten waar betrouwbare informatie te vinden is. Dat doe ik het eerste halfjaar. Tegelijkertijd starten wij al met het vullen van de nieuwe kwaliteitsindicatoren. Als wij een en ander inzichtelijk hebben, kunnen wij ook zien waar er nog iets extra's nodig is.

Dat plan heeft enige vertraging opgelopen. Dat heb ik al ruiterlijk toegegeven. Ik heb ook gezegd dat het er binnenkort echt aankomt. Maar de complexiteit heeft voor vertraging daarin gezorgd. Als wij met zo'n plan komen, wil ik graag dat de patiënten, de artsen en de verzekeraars erachter staan. U kunt het bestuurlijk overleg noemen, maar het is een gezamenlijk plan. Dat komt er eerdaags aan en het heeft maar één doel, namelijk superversnelling. Ik wil een inhaalslag; daar heb ik geen doekjes om gewonden. Ik heb u dat allang toegezegd. Sterker nog, ik heb het zelf aangekondigd.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Wat een prettige verrassing, zo laat op de avond nog. Mijn vraag aan de minister is of zij, net zoals zij heeft gedaan op het gebied van de prijsafspraken, concrete, meetbare afspraken kan maken over wat zij binnen een jaar wil bereiken op het gebied van de kwaliteitsontwikkeling, zodat zorgaanbieders en verzekeraars weten waar zij aan toe zijn en de verzekeraars weten welke financiële bijdrage hiervoor van hen wordt gevraagd.

Minister **Schippers**:
Ook die toezegging heb ik al gedaan, aan mevrouw Dijkstra. Het wordt een fijne avond.

Mevrouw Dijkstra stelde een vraag over de ACM en de regierol. Zij vroeg wat de impact is geweest van de beslissing. De impact is geweest dat de verzekeraars hebben gezegd: als wij het niet op deze manier mogen doen, dan doen wij het via het Kwaliteitsinstituut. Dat heeft inderdaad wel impact, want wij zien ook op andere terreinen dat dit tot iets leidt. Verzekeraars zouden heel graag gezamenlijk die protonentherapie inkopen, maar zij hebben het nog niet gedaan omdat zij niet zeker weten of zij dat wel mogen. Dat raakt aan de discussie die wij hier eerder hebben gevoerd: moet je nieuwe, heel dure technologieën niet geleidelijk kunnen introduceren? Hoe zou je dat dan moeten doen? De uitspraak van de ACM heeft dus wel degelijk een grote impact gehad.

Wat is mijn rol daarin? Het is heel complex. Je kunt het niet koppelen aan de Wet bijzondere medische verrichtingen. Die wet is echt gebaseerd op kwaliteit. De rechter heeft mij teruggefloten toen ik daarin doelmatigheidsaspecten meenam door bepaalde vergunningen niet te verlenen, omdat wij eigenlijk al genoeg vergunningen hadden verleend voor bepaalde behandelingen. Daarop zijn wij teruggefloten. Als wij een geleidelijke introductie van bepaalde dingen willen, moeten wij bezien op basis waarvan dat kan. Zij er aspecten van gezamenlijke inkoop? Moeten wij er andere dingen voor aanscherpen? Moet je daar misschien met een wet voor komen? Dat is dus wel iets wat actueel is.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Ik dank de minister voor dit antwoord, maar waar ik op doelde met mijn vraag over haar rol was hoe het nu verder moet met de spoedeisende hulp. Natuurlijk gaat het ook om kwaliteit. Het Kwaliteitsinstituut is daarbij betrokken. De minister zegt altijd dat zij verantwoordelijk is voor de continuïteit van de cruciale zorg. Ik vroeg mij af in hoeverre de minister ook een rol ziet voor haarzelf in het vervolgtraject als het gaat om de aanpak van de spoedeisende hulp.

Minister **Schippers**:
Als door het Zorginstituut Nederland die kwaliteitscriteria zijn vastgesteld, neem ik aan dat op basis daarvan wordt ingekocht en dat de inspectie op basis daarvan gaat toezien.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Ik begrijp dat de minister zegt: dit laat ik over aan de zorgverzekeraars en het kwaliteitsinstituut en daar sta ik verder buiten.

Minister **Schippers**:
Ik stel nooit richtlijnen of kwaliteitscirteria op. Dat doet het veld altijd zelf. Wij hebben wel gezegd: het veld doet dat wel heel langzaam. Daarom hebben wij het Kwaliteitsinstituut ingesteld, om daar met doorzettingsmacht bovenop te zitten. Het Kwaliteitsinstituut heeft een belangrijke taak om ervoor te zorgen dat hier met tempo invulling aan wordt gegeven. Aan het eind van het jaar zal dat afgewikkeld zijn.

Ik ben het met de heer Rutte eens dat we een risicoselectie in ons systeem niet kunnen dulden en dat we daar scherp op moeten zijn. Transparantie van de inkoop is ook een onderdeel van de brief uit december. Gevraagd is wanneer ik kom met een reactie op het RVZ-advies "De stem van verzekerden". Ik wil vooropstellen dat het rapport vorig jaar is aangeboden aan Zorgverzekeraars Nederland en dus niet aan mij. Mij is gevraagd om een reactie te geven. Ik zal die reactie meenemen in het vervolg van het wetsvoorstel dat is afgestemd en in het nieuwe voorstel waarmee ik naar de Kamer kom.

De **voorzitter**:
Daarmee is er een einde gekomen aan de eerste termijn van de regering. Gezien het feit dat er binnenkort een vrij langdurig algemeen overleg zal plaatsvinden met betrekkelijk veel van deze onderwerpen, vraag ik me af of er behoefte is aan een tweede termijn. Ik constateer dat er bij een enkeling behoefte is aan een tweede termijn.

☐

Mevrouw **Leijten** (SP):
Voorzitter. Niet iedere spoedeisende hulp doet hetzelfde. Een ambulancebroeder weet heel goed of hij met een bepaalde calamiteit naar het ziekenhuis dichtbij kan of dat hij moet opschalen naar een gespecialiseerd ziekenhuis, bijvoorbeeld bij zaken als een infarct of neurologische problemen. Ik heb het afgelopen maandag nog gezien. De minister moet dan ook niet de suggestie wekken dat alle spoedeisende hulp hetzelfde doet. Daarom dien ik de volgende motie in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat zorgverzekeraars het aantal spoedeisende hulpposten willen terugdringen;

van mening dat bereikbare acute zorg een publieke zaak is;

verzoekt de regering, de plannen om spoedeisende hulpposten terug te dringen, voor te leggen aan de Kamer,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Leijten. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 567 (29689).

Mevrouw **Leijten** (SP):
Overleggende huisartsen worden op de vingers getikt door de Autoriteit Consument & Markt, terwijl zorgverzekeraars één preferente zorgverzekeraar mogen aanbieden om een niet-onderhandelbaar contract voor te leggen aan huisartsen. Ik vind dat evenwicht totaal mank gaan en daarom dien ik de volgende motie in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat huisartsen door de Mededingingswet belemmerd worden om samen te werken of te overleggen bij het sluiten van contracten met zorgverzekeraars;

constaterende dat de zorgverzekeraars ononderhandelbare contracten aanbieden aan huisartsen en zorgverzekeraars wel gezamenlijk opereren doordat de preferente zorgverzekeraar het hoofdcontract sluit;

verzoekt de regering, te regelen dat huisartsen niet langer onder de Mededingingswet vallen en de Kamer hierover te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Leijten. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 568 (29689).

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik heb nog een motie en die gaat over de cadeautjes. Ik heb daarover ook mondelinge vragen gesteld, dus ik zal de motie niet verder inleiden.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat zorgverzekeraars nieuwe verzekerden lokken met cadeautjes;

constaterende dat zij zich hierbij richten op lucratieve doelgroepen en zich zodoende schuldig maken aan risicoselectie;

van mening dat lokkertjes verzekerden afleiden van de inhoud van de polis;

verzoekt de regering, het zorgverzekeraars te verbieden cadeautjes weg te geven aan nieuwe verzekerden,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Leijten. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 569 (29689).

Mevrouw **Klever** (PVV):
Voorzitter. Ik heb twee moties. De eerste gaat over het opgepotte premiegeld. Het verzoek is om dat terug te laten vloeien naar de premiebetaler.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de vier grote zorgverzekeraars reserves hebben opgebouwd van 9,7 miljard euro;

overwegende dat dit veel hoger is dan de buffereis van de Nederlandsche Bank;

verzoekt de regering, te bewerkstelligen dat de bovenmatige reserves bij de zorgverzekeraars aantoonbaar worden ingezet voor verlaging van de zorgpremie,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Klever. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 570 (29689).

Mevrouw **Klever** (PVV):
Mijn tweede motie gaat over de inkoopvoorwaarden van de zorgverzekeraars.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg indirect de aanspraak op zorg beperken, door bijvoorbeeld te bepalen welke middelen niet mogen worden voorgeschreven, te dreigen met sancties of te sturen naar voorkeursbehandelingen door het aanbieden van kortingen;

van oordeel dat er meer aandacht nodig is voor transparantie bij het zorginkoopbeleid en dat afspraken openbaar en controleerbaar dienen te zijn;

verzoekt de regering, de voorwaarden bij de zorginkoop verplicht openbaar te maken,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Klever. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 571 (29689).

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Voorzitter. Ik dank de minister voor haar antwoorden, ook voor haar heldere antwoorden op de vragen over de wildgroei aan polissen. Ik ben blij met de twijfels die zij zelf ook heeft over de hoeveelheid polissen en dat wij klaarblijkelijk samen kunnen optrekken om ervoor te zorgen dat mensen straks weer een goed overzicht krijgen.

In 2011 hadden we hier een discussie in de Kamer, omdat wij vonden dat wij voor gevoelige ziekenhuizen, de ziekenhuizen in de regio, die aan de 45 minutennorm moeten voldoen, goede zorg zouden kunnen blijven bieden in de vorm van een spoedeisende hulp. Dat was toen de geest en de doelstelling van die regeling. Ik denk als jurist: je maakt een regeling waar een bepaalde doelstelling achter ligt; dan wil je dat die regeling ook zo werkt. Als die regeling niet aan die doelstelling voldoet, dan kijk je of je de regeling misschien juridisch dusdanig moet aanpassen dat dit wel gebeurt. Dat moet je op correcte wijze doen. Daarom dien ik de volgende motie in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat gevoelige ziekenhuizen zoals het Zorgsaam ziekenhuis en het Gemini ziekenhuis een spoedeisende hulp en acute verloskunde moeten hebben om aan de 45 minutennorm te voldoen;

van mening dat de beschikbaarheidsbijdrage spoedeisende hulp en acute verloskunde bedoeld is om de gevoelige ziekenhuizen hierin financieel te ondersteunen;

van mening dat dit indirecte risicoselectie door zorgverzekeraars voorkomt, omdat verzekerden in sommige regio's verliesgevend kunnen zijn;

verzoekt de regering, de voorwaarden in de bijlage behorende bij artikel 2 en 4 van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG zodanig aan te passen dat dit ook daadwerkelijk tot ondersteuning van ziekenhuizen leidt,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Bruins Slot. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 572 (29689).

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Voorzitter. Ik wil de minister danken voor de antwoorden die zij heeft gegeven op de gestelde vragen. Zorg dichtbij is voor ons cruciaal. Ik heb goed geluisterd naar de motie van het CDA. Die vond ik erg sympathiek overkomen. Volgens mij is dat een belangrijke sleutel om zorg dichtbij ook bereikbaar te houden. Ik moet de tekst van de motie nog goed bestuderen, maar ik denk dat dit een goede stap kan zijn. Dat is zeer van belang.

Ik wil één motie indienen. Een tweede motie, die over de positie van de huisartsen zou gaan, laat ik achterwege. De minister heeft aangegeven dat zij daarover spreekt met de LHV, ook wat de contractering betreft. Mijn vraag aan haar is nog wanneer die informatie naar de Kamer komt. Die motie dien ik nu niet in, omdat het gesprek gaande is. De andere motie wil ik wel indienen, vanwege het belang van transparante, onafhankelijke en duidelijke informatie voor mensen.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat er geen onafhankelijke vergelijkingssites voor zorgverzekeringen bestaan;

overwegende dat het van groot belang is dat mensen onafhankelijk en zorgvuldig geïnformeerd worden over de polis die zij kiezen;

verzoekt de regering, opdracht te geven tot een onafhankelijke vergelijkingssite voor zorgverzekeringen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Dik-Faber. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 573 (29689).

De heer **Rutte** (VVD):
Ik hoor een motie van de ChristenUnie met allerhande overwegingen — dat het belangrijk is dat de informatie onafhankelijk en betrouwbaar is — die ik kan steunen. De uitwerking is dan echter heel dwingend: de overheid moet die site maken. In het geval van de huisartsen zei mevrouw Dik net: de minister is daar nog mee bezig, ze gaat in gesprek en komt dan met iets. Ten aanzien van deze vergelijkingssite is hetzelfde gaande. Er komt nog een verhaal: kan de markt het of moet de overheid het doen? Hoe kijkt de ChristenUnie daar tegenaan? Is het niet misschien beter om even te wachten, voordat ze de minister definitief wil voorschrijven hoe het moet?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
In de motie staat niet dat de overheid zelf de website maakt, maar dat de overheid daartoe opdracht geeft. De overheid kan de garantie van onafhankelijkheid geven. We kunnen wachten op een onderzoek, maar als ik naar de praktijk van de huidige vergelijkingssites kijk, kan ik al vermoeden wat er in het rapport zal staan. Je ziet dat mensen door de vergelijkingssites niet de goede polis kiezen. Zij worden onvoldoende geïnformeerd en dat gaat mij aan het hart. Ik wil dat veranderen en ik hoop dat de VVD dat ook wil. Misschien kan zij zelfs mijn motie steunen.

De heer **Rutte** (VVD):
Ik doe nog een poging. Volgens mij willen wij grotendeels hetzelfde. Als wij nu met goed toezicht kunnen borgen dat vergelijkingssites alleen onafhankelijke en geloofwaardige informatie gebruiken, als hetgeen wordt vergeleken klopt, dan hoeft de overheid toch niet zelf opdracht te geven om een site te bouwen? Dan kan er gebruikgemaakt worden van wat er al is. Dat is heel divers en dat kunnen mensen makkelijk vinden. De informatie moet natuurlijk wel geloofwaardig zijn. Zouden wij het daarover eens kunnen worden?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Als de markt het oppakt en laat zien dat hij het kan, wil ik daar best vertrouwen in hebben. Helaas is de huidige praktijk dat mensen op basis van vergelijkingssites een polis kiezen die wat minder geschikt is voor hun situatie. Mensen komen er later pas achter dat zij voor bepaalde zorg niet verzekerd zijn. Ik moet helaas constateren dat de markt het niet oppakt en dat er nu schrijnende situaties zijn. Willen wij nog wachten of weten wij al wat de uitkomst van het onderzoek is? Voor mijn fractie is dit een cruciaal punt. Daarom heb ik toch gemeend om uiteindelijk deze motie in te dienen.

☐

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Voorzitter. Ik ben blij met de toezegging van de minister dat zij met concrete maatregelen, met een tijdpad en met afspraken rond kwaliteit komt. Het veld, de zorgaanbieders, de patiënten en de zorgverzekeraars zijn hier allemaal in hun eigen rol bij betrokken. Ik wacht de concrete uitwerking af.

Ik dien twee moties in. De eerste gaat over de budgetpolis en luidt als volgt.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat budgetpolissen de toegang van verzekerden tot zorg kunnen belemmeren;

van mening dat veel mensen bij het afsluiten van de polis niet op de hoogte zijn van de beperkte toegang tot zorg of de beperkte vergoeding daarvan en dat dit neigt naar misleiding;

van mening dat iedereen recht heeft op toegang tot goede en noodzakelijke zorg voor een redelijke vergoeding;

verzoekt de regering, de budgetpolis te verbieden,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Ellemeet. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 574 (29689).

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Mijn tweede motie heeft betrekking op het beperken van het aantal polissen. In tegenstelling tot wat ik van de minister begreep, ben ik niet van mening dat daar nog een uitgebreid onderzoek naar gedaan moet worden. Het blijkt dat het woud aan polissen verzekerden in verwarring brengt.

De **voorzitter**:
U hebt nog 14 seconden!

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Dan snel mijn motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat in 2014 70 verschillende polissen voor de basisverzekering werden aangeboden vanuit 35 verschillende labels van zorgverzekeraars;

constaterende dat slechts 9 zorgverzekeraars zorg contracteren;

van mening dat het doen van een polisaanbod voorbehouden moet zijn aan zorgverzekeraars die ook daadwerkelijk zorg contracteren;

van mening dat een beperkt polisaanbod zorgverzekeraars stimuleert om zich positief op prijs en kwaliteit van zorg te onderscheiden;

verzoekt de regering, te onderzoeken op welke wijze het aantal polissen per zorgverzekeraar teruggedrongen kan worden en de Kamer daar aankomend voorjaar over te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Ellemeet. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 575 (29689).

Mevrouw Dijkstra ziet af van haar tweede termijn. Daarmee zijn wij aan het eind gekomen van de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Tot onze grote vreugde zie ik dat de minister meteen kan antwoorden.

☐

Minister **Schippers**:
Voorzitter. In de motie op stuk nr. 567 wordt geconstateerd dat zorgverzekeraars het aantal spoedeisende hulpen willen terugdringen. Ik constateer dat niet. De verzekeraars willen de kwaliteit verhogen; dat is de doelstelling. Alle gevolgen daarvan en criteria daarvoor worden nu uitgewerkt. De plannen om spoedeisende hulpen terug te dringen, zijn er niet. Het is met name verhoging van de kwaliteit. De inkoop gebeurt niet centraal. Ik kan dus ook geen groot plan voorleggen. Iedere verzekeraar gaat namelijk inkopen op basis van de criteria die nu worden vastgesteld. Ik wil deze motie dus ontraden.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik wil opgemerkt hebben dat de minister nu doet alsof ik een wereldvreemde motie indien. In het afgelopen jaar hebben we meermalen gezien dat de zorgverzekeraars met regioplannen komen om de spoedeisende hulp terug te dringen. Er is een hoog oplopende ruzie tussen de heer Oomen van DSW en Zorgverzekeraars Nederland, onder andere op dit punt. Ze zijn teruggefloten door de Autoriteit Consument & Markt, omdat ze het niet op een goede manier hebben gedaan. Het terugdringen van spoedeisende hulp moet nu via kwaliteitsnormen lopen. Dan zeggen dat er geen plannen lagen om de spoedeisende hulp terug te dringen, vind ik echt een beetje een bagatellisering van wat er gebeurd is.

Minister **Schippers**:
De opdracht aan de zorgverzekeraars, die politiek was ingegeven en ook uit een regeerakkoord voortkwam, is om te kijken hoe je de spoedeisende hulp doelmatiger kunt organiseren en naar een hogere kwaliteit kunt brengen. Dat staat niet los van elkaar. Het is geen doel op zich om gewoon maar spoedeisende hulpen te schrappen.

De motie op stuk nr. 568 verzoekt de regering om te regelen dat huisartsen niet langer onder de Mededingingswet vallen, en de Kamer hierover te informeren. Ik heb de Kamer daar al eens uitgebreid over geïnformeerd. We hebben toen uitgezocht of de huisarts in dienst van het algemeen economisch belang is. Daar was geen sprake van. De huisarts kan in dit systeem niet van de Mededingingswet uitgesloten worden. Dat kan alleen als je er echt een publiek systeem van maakt, maar dat hebben we niet.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik wil dan toch weten wat de minister ervan vindt dat na een klacht van een zorgverzekeraar de Autoriteit Consument & Markt huisartsen op de vingers tikt omdat ze overleggen over de contracten die gesloten worden, in dit geval in de Drentse regio, terwijl de Nederlandse Zorgautoriteit totaal niet wil kijken naar het optreden van de zorgverzekeraars in de contractering met de huisartsen. Vindt ze dat evenwichtig? Is ze daar gelukkig mee?

Minister **Schippers**:
Volgens mij heb ik vanavond al vele malen gezegd dat ik dat geen evenwichtige situatie vind; dat de zorgverzekeraar ten opzichte van de individuele beroepsbeoefenaar een sterke positie heeft; dat hij aan de andere kant een beperking heeft omdat hij niet met iedereen apart kan onderhandelen; dat we daar dus iets op moeten verzinnen; dat ik met de LHV in gesprek ben over de manier waarop we dat beter kunnen organiseren; dat we vervolgens ook met verzekeraars moeten bekijken hoe we dat beter kunnen organiseren, en dat ik naar de Kamer kom met een plan daarover.

De motie op stuk nr. 569 verzoekt de regering om het zorgverzekeraars te verbieden om cadeautjes weg te geven aan nieuwe verzekerden. Ik vind de situatie niet dusdanig

dat je hard moet ingrijpen in ons systeem met particuliere zorgverzekeraars op een particuliere markt. Ik zie nu geen aanleiding om dat te doen. Daarom ontraad ik de motie.

Mevrouw Klever verzoekt de regering om te bewerkstelligen dat bovenmatige reserves bij zorgverzekeraars aantoonbaar worden ingezet voor verlaging van de zorgpremie. Bovenmatige reserves van zorgverzekeraars kunnen op allerlei manieren ingezet worden: voor verlaging van de zorgpremie, voor nieuwe innovatieve projecten of voor zorgverbetering. Ik zou ze niet willen beknotten in de manier waarop ze dat precies inzetten. Daarom ontraad ik deze motie.

De motie op stuk nr. 571 van mevrouw Klever verzoekt de regering om de voorwaarden bij zorginkoop verplicht openbaar te maken. Wat nou zo jammer is, is dat dit een belangrijk onderdeel was van het wetsvoorstel dat in de Eerste Kamer is gesneuveld, mede met de tegenstem van de PVV. Ik vind het ontzettend belangrijk dat voorwaarden openbaar worden gemaakt. Ik heb aangegeven dat ik met plannen richting de Kamer kom. Ik kom met een nieuw voorstel naar aanleiding van het afstemmen van het wetsvoorstel. De vorm daarvan zou ik nu nog niet willen vastleggen. Wat zal ik met die motie doen? Mevrouw Klever zou kunnen afwachten tot ik met die plannen kom. Zij kan de motie dan aanhouden of intrekken, maar daar ga ik natuurlijk niet over.

Mevrouw **Klever** (PVV):
Kan de minister zeggen wanneer dat nieuwe wetsvoorstel naar de Kamer komt?

Minister **Schippers**:
Ik kom over niet al te lange tijd met nieuwe voorstellen naar de Kamer. Ik doe dat echt zo snel mogelijk.

Mevrouw **Klever** (PVV):
De minister heeft het over "niet al te lange tijd". Dat is wel heel vaag.

Minister **Schippers**:
Ja. Als ik er alleen over ging ... Nee, dit is heel ingewikkeld. Voor mij gaat het namelijk niet over de instrumenten, maar over de doelstellingen. Ik kom echt zo snel mogelijk met nieuwe voorstellen naar de Kamer, maar ik kan nu echt niet precies zeggen op welke datum dat zal zijn. Het zal echter wel snel gebeuren.

De **voorzitter**:
Gaat u verder met uw betoog.

Minister **Schippers**:
In de motie op stuk nr. 572, van het CDA, wordt de regering verzocht om de voorwaarden in de bijlage behorende bij artikel 2 en artikel 4 van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG zodanig aan te passen dat dit ook daadwerkelijk tot ondersteuning van ziekenhuizen leidt. Ik heb de NZa gevraagd: geef mij eens een analyse van hoe u dat doet en waarom u het doet zoals u het doet. De NZa zegt: het is niet zo dat deze ziekenhuizen niet worden betaald. De NZa zegt: die ziekenhuizen moeten gewoon worden betaald door de verzekeraar. Punt. De verzekeraars moeten ervoor zorgen dat dit in stand blijft. Wij hadden daarvoor eerst een ander instrument, namelijk de beschikbaarheidsbijdrage. Voordat ik daarover een oordeel geef, wil ik toch echt zien waarmee de NZa in februari komt. Dat wil ik echt afwachten. Ik ben dus niet voornemens om dit nu aan te passen. Ik ontraad daarom deze motie.

De heer **Rutte** (VVD):
Voorzitter, ik trok, voordat de minister het woord weer nam, even een sprintje naar de interruptiemicrofoon, maar de minister was te snel.

De **voorzitter**:
Ik zag het.

De heer **Rutte** (VVD):
Het is heel goed dat de minister zo snel is, maar ik wil nog even terugkeren naar de motie op stuk nr. 571 van mevrouw Klever. Ik hoorde de minister niet een heel duidelijk oordeel geven. Zij verzocht de indiener om de motie aan te houden. Daar kwam geen duidelijke reactie op. Stel, die motie wordt toch in stemming gebracht. Wat is dan het oordeel van de minister, ook gezien de overwegingen die in die motie staan?

Minister **Schippers**:
Je zou kunnen zeggen dat de motie ondersteuning van beleid is. Dan zou ik het oordeel erover aan de Kamer kunnen overlaten. Wat hierin staat, is niet een heel nieuwe gedachte. Dit is ooit al door de Kamer dat wetsvoorstel in geamendeerd. Ik was daar enthousiast over. Ik vind dat het goed zou zijn als zorgverzekeraars voor 1 april hun inkoopbeleid publiek zouden maken, zoals ook in dat wetsvoorstel stond. Het is alleen raar dat we het hierover in de Kamer natuurlijk al lang eens zijn. Dat amendement is misschien wel met algemene stemmen aangenomen. Nou ja, nu komt dit in een motie terug. Mijn oordeel is dus dat de Kamer hierover zelf een oordeel moet vellen.

De **voorzitter**:
De minister laat het oordeel over de motie op stuk nr. 571 aan de Kamer.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
De minister verwijst steeds naar de Nederlandse Zorgautoriteit. Wat vindt zij nu eigenlijk zelf? Is zij zelf van oordeel dat een beschikbaarheidsbijdrage prima zou kunnen voor die ziekenhuizen?

Minister **Schippers**:
Ik zou niet om een analyse vragen als ik me er geen zorgen over maakte dat dit impact zou kunnen hebben op het level playing field. Ik wil echter eerst weten of die analyse klopt. Daarom heb ik dit aan de NZa gevraagd.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
De minister vraagt in september om die analyse. Is het dan eigenlijk niet heel vervelend dat er meer dan een halfjaar overheen moet gaan voordat we hierover duidelijkheid hebben?

Minister **Schippers**:
Ja, dat vind ik jammer. In de tussentijd moeten verzekeraars gewoon betalen.

Voorzitter, mag ik nog heel even terugkomen op de motie op stuk nr. 571?

De **voorzitter**:
Ja.

Minister **Schippers**:
Dat heb je als je dit later op de avond doet en je het ook snel moet doen. In de motie op stuk nr. 571 staat dat de zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg indirect de aanspraak op zorg beperken door te bepalen welke middelen niet worden voorgeschreven, te dreigen met sancties enzovoorts. Dit is toch een andere motie. Hierin wordt echt specifiek ingegaan op het geneesmiddelenbeleid. Ik ga mijn oordeel over deze motie dus aanpassen. Dit gaat niet zozeer over het brede inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Ik wil deze motie daarom toch ontraden. Excuus daarvoor.

In de motie op stuk nr. 573 wordt de regering verzocht, opdracht te geven om te komen tot een onafhankelijke vergelijkingssite voor zorgverzekeringen. Er zijn rapporten van de NZa, de ACM en de AFM. Ik heb de Kamer toegezegd om te komen met een reactie op die rapporten. Uit die rapporten blijkt dat er voldoende mogelijkheden zijn voor de toezichthouders om kwaliteit en transparantie van de sites te vergroten. Ik ben daarom niet van plan om nu zo'n rigoureuze stap te zetten die zo ingrijpend is, zoals in deze motie wordt voorgesteld. Ik ontraad daarom deze motie.

In de motie op stuk nr. 574 wordt gevraagd, de budgetpolis te verbieden. Ik ben het niet eens met de overwegingen in die motie. Iedereen in Nederland heeft recht op zorg die in het basispakket is verzekerd, ongeacht of je een budgetpolis hebt of niet. Ik ontraad daarom deze motie. Ik ben niet voornemens om dit te doen.

In de motie-Ellemeet op stuk nr. 575 wordt de regering verzocht, te onderzoeken op welke wijze het aantal polissen per zorgverzekeraar teruggedrongen kan worden. Ik heb de NZa nu net gevraagd om een analyse te maken van wat dit betekent voor de keuze. Ik wil deze analyse afwachten en ontraad daarom deze motie.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik heb nog een feitelijke vraag over de motie op stuk nr. 568. Ik verneem net dat er bij de Mededingingswet via een beleidsregel een uitzondering is gemaakt voor boeren en producenten, zodat zij niet onder die wet vallen. Ik weet dat de minister het al een keer op een rij heeft gezet, maar als het mogelijk is om boeren uit te zonderen, lijkt het mij toch ook mogelijk om huisartsen uit te zonderen. Nu snap ik dat het best ingewikkeld is om dat op korte termijn aan de Kamer te sturen, maar is de minister bereid om er nog een keer op die manier naar te kijken als ik de motie aanpas met een tekst over de beleidsregel in de Mededingingswet zoals die wordt toegepast op de boeren? Ik denk dat wij allemaal worstelen met dit vraagstuk. Ik ben bereid om de motie aan te passen en aan te houden, maar ik zou graag van de minister willen weten of zij nog een keer door die bril en tegen die achtergrond naar deze kwestie wil kijken.

Minister **Schippers**:
Als mevrouw Leijten van mening is dat de situatie veranderd is ten opzichte van het vorige onderzoek en de Kamer mij door aanneming van deze motie verzoekt om onderzoek te doen, wil ik de Kamer die informatie niet onthouden. Ik teken er wel bij aan dat ik zelf echt tegenstander hiervan ben, omdat ik vind dat de huisarts hoort op de plek in ons zorgbestel waar die nu zit. Er zijn wel problemen met de inkoop en die moeten we aanpakken. Ik vind ook dat de Kamer recht heeft om te weten of iets kan of niet. Daarom wil ik haar dat niet onthouden en wil ik dat wel uitzoeken. Daarbij teken ik expliciet aan dat ik er zelf heel weinig voor voel. De Kamer zal dan deze motie moeten aannemen en mevrouw Leijten daarin moeten steunen.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Dan weet ik het goed gemaakt. Ik pas de motie zo aan, laat ik de collega's hierbij weten, dat ik de regering verzoek om te onderzoeken of er een uitzondering kan worden gemaakt zoals de beleidsregel voor boeren. We hebben gehoord dat de minister dat onderzoek wil doen, maar dat zij feitelijk van mening is dat de huisartsen onder de Mededingingswet moeten vallen. Dat is prima, maar laten we het onderzoek in ieder geval doen. Ik hoor een breed gedragen wens om dit te onderzoeken. Dat de minister bereid is om dat te doen, vind ik fijn. Ik zal de motie op die manier aanpassen. Als er voor het ministerie mogelijk nog problemen in de formulering van de motie zitten, hoor ik dat ook graag. Volgens mij zijn we een stap verder als we dit onderzoek kunnen gaan doen.

De **voorzitter**:
Het is handig om die ook te delen. U dient een gewijzigde motie in. Daarna horen we alsnog het oordeel van de minister voor de stemmingen. Is dat een idee?

Minister **Schippers**:
Er kan wel even onderling contact zijn over dit punt. Als de motie zo wordt aangepast als mevrouw Leijten zegt, dan onderzoeken wij dat. Maar nogmaals, zelf voel ik er niet veel voor omdat ik denk dat er binnen het huidige systeem goede aanknopingspunten zijn om de problemen die er zijn op te lossen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Ik heb een vraag over mijn motie op stuk nr. 575, waarin ik de regering verzoek om te onderzoeken op welke wijze het aantal polissen teruggedrongen kan worden en om de Kamer daarover dit voorjaar te informeren. Is dit niet in lijn met wat de minister eerder zei, dus ondersteuning beleid?

Minister **Schippers**:
Nee. Ik heb gevraagd of het een bezwaar is dat er zo veel polissen zijn. Wat is het bezwaar? Ik heb het vermoeden dat dit zo is. Mijn vraag aan de NZa is overigens al uitgezet, dus het was al gebeurd voordat mevrouw Ellemeet er een motie over indiende. De Kamer wist dat niet. Ik heb al gezegd dat ik het jammer vind dat daar een omissie was. We hebben die vraag dus al uitgezet, maar deze is anders geformuleerd: "Er zijn veel polissen. Heeft dat een keuzebelemmering tot gevolg? Wat heeft dat voor gevolgen?" De reactie daarop krijg ik gewoon. De Kamer wordt in die zin, zoals het daar geformuleerd staat, op haar wenken bediend. Wat mevrouw Ellemeet zegt over de wijze waarop het teruggedrongen kan worden, is een stap verder, want dan hebben we al de conclusie getrokken dat het daadwerkelijk frustrerend werkt bij het kiezen.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Ik had nog een vraag gesteld over het gesprek van de minister met de LHV over de nieuwe wijze van contractering. Wanneer verwacht de minister daarvan een eerste update aan de Kamer te kunnen geven?

Minister **Schippers**:
Op tijd voor de volgende ronde. We hebben nu een ronde gehad. Voor de zomer zijn we daar zeker wel uit.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**:
Ik dank de minister voor haar antwoorden, ook in tweede termijn, op de vragen en de moties van de zijde van de Kamer. Ik dank de leden en de aanwezigen die tot laat zijn gebleven om mee te kijken. Aanstaande dinsdag wordt over de moties gestemd. Ik wens u allen wel thuis en een goede nacht.